

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 26 décembre 1892, à 1 heure

Par JOSEPH BACRI

Né à Paris, le 14 mai 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE OMBILICALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { POIRIER, SÉBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 26 décembre 1892, à 1 heure

Par JOSEPH BACRI

Né à Paris, le 14 mai 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE OMBILICALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { POIRIER, SÉBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 26 décembre 1892, à 1 heure

Par JOSEPH BACRI

Né à Paris, le 14 mai 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE OMBILICALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FARABEUF, professeur.
 { POIRIER, SÉBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE VIVA DURAND

A MES PARENTS ET GRANDS PARENTS

A MON MAÎTRE LE D^r LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien de la Pitié

A MES AMIS LES DOCTEURS BONZON, DECOURT,
DELALANDE, REGNAULT, RENOUS

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE OMBILICALE

AVANT-PROPOS

Pendant l'année d'externat que nous avons passée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. J. Lucas-Championnière, nous avons eu l'occasion d'y voir pratiquer la cure radicale de la hernie ombilicale. Les trois observations personnelles que nous en avons prises jointes aux douze autres que nous devons à la bienveillante amabilité de notre excellent maître, nous ont engagé à entreprendre ce travail. Nous n'oublierons pas que nous devons à M. Lucas-Championnière la plupart de nos modestes connaissances chirurgicales. Il nous a appris quels merveilleux résultats peut donner l'habileté opératoire jointe à la sûreté de la méthode antiseptique, qu'il reçoive ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

M. Horteloup, de l'hôpital Necker, nous a initié à la chirurgie des voies urinaires ; MM. Tapret, de l'hôpital

Saint-Antoine et M. Guyot de l'hôpital Beaujon, ont été pour nous des maîtres aussi savants que bienveillants; M. Tenneson, de l'hôpital Saint-Louis, nous a guidé dans l'étude de la dermatologie; qu'ils reçoivent tous nos remerciements les plus respectueux. Nous prions M. le professeur Tillaux de recevoir nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

La cure radicale des hernies est actuellement admise par la plupart des chirurgiens qui ne reculent plus devant l'ouverture de la cavité péritonéale. C'est muni des puissantes armes que nous offre l'antisepsie qu'il nous est permis d'obtenir la guérison d'une grave infirmité et de prévenir les complications nombreuses qui en résultent trop souvent.

Comme nous le verrons dans la suite, dans l'opération qui nous occupe la réunion sans suppuration n'importe pas seulement au point de vue du pronostic *quoad vitam* mais encore à celui de la guérison vraiment radicale, c'est-à-dire sans récurrence. Ceci est tellement vrai qu'on peut avancer sans témérité que dans toute opération de cure radicale où la réunion ne se fait pas par première intention, la récurrence est presque certaine. C'est assez dire que la cure radicale devra être pratiquée avec toutes les minuties antiseptiques voulues, ou ne pas être tentée.

Nous nous proposons principalement dans ce modeste travail d'exposer dans tous ses détails une méthode de cure radicale de la hernie ombilicale, dont nos observations prouvent l'efficacité et que nous préconisons comme méthode de choix.

Nous diviserons ainsi notre sujet :

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Dispositions préalables à l'opération.

CHAPITRE II. — Manuel opératoire.

CHAPITRE III. — Période post-opératoire.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I. — Critique des procédés.

CHAPITRE II. — Résultats et pronostic de la cure radicale.

CHAPITRE III. — Indications et contre-indications.

Observations.

Conclusions.

HISTORIQUE

C'est un fait à noter dans l'histoire des hernies, dit M. Segond dans sa thèse d'agrégation, que de tout temps on se soit attaqué à la hernie ombilicale avec une véritable prédilection, sans doute parce qu'elle est dans une région plus accessible et mieux connue de l'opérateur.

C'est à Celse que commence l'histoire de la cure radicale des hernies. Dans ses ouvrages, à côté de la description de la taille bilatérale, de la version podalique et de tant d'autres opérations encore pratiquées de nos jours, nous trouvons les premières descriptions des procédés opératoires dirigés contre les hernies.

Il n'existait pas avant Celse moins de trois procédés de cure des hernies ombilicales. Dans un premier, après réduction, on place deux ligatures autour du pédicule de la tumeur. Dans un second, le pédicule est traversé par deux fils qui l'étreignent chacun de leur côté ; enfin, dans un troisième, la tumeur est ouverte à sa partie supérieure, l'intestin est mis à nu et la ligature pratiquée après réduction complète et certaine de l'intestin.

En raison de son importance nous donnons le texte et la traduction du passage qui donne une idée complète de l'opinion de cet illustre savant sur la hernie ombilicale et sur son traitement.

« In reliquiis variæ sententiæ sunt. Ac resupinandum quidem corpus esse, res ipsa testatur ; ut in uterum, sive

intestinum, sive omentum est, delabatur sinus vero umbilici, tum vacuus, a quibusdam duabus regulis exceptus est, vehementerque earum capitibus deligatis, ibi emoritur: a quibusdam, ad mium acu trajecta, duo lina ducente, deinde utriusque lini duobus capitibus diversæ partes ad strictæ; quod in una quoque oculi fit: nam sic id, quod supra viniculum est, movitur. Adjecerunt quidam, ut, antequam vincerent, summum una linea inciderent; quo facilius digito demisso, quod illuc irrupisset, depellerent: tum deinde vinxerunt. Sed abunde est, jubere spiritum continere, ut tumor, quantum maximus esse potest, se ostendat: tum unam basim ejus atramento notare; resupinatoque homine, digitis tumorem eum premere, ut, si quid delapsum non est, manu cogatur: post hæc, umbilicum adtrahere, et qua nota, atramenti est lino vehementer adstringere; deinde partem superiorem aut medicamentis, aut ferro adurere donec emoratur; atque, ut cetera usta, ulcus nutrire. Idque non solum ubi intestinum, vel omentum, vel utrumque est, sed etiam, ubi humor est, optime proficit. Sedante quædam visenda sunt, ne quod ex vinculo periculum sit. Nam curationi neque infans, neque aut robustus annis, aut senex aptus est; sed a septimo fere anno ad quartum decimum....

....Levibus quoque tumoribus facile subvenitur; at in eorum qui nimis magni sunt, curatione periculum est. »

1. Celse. *Traité de médecine*. Liv. VII, p. XIV.

Traduction : « Quant aux autres hernies, les avis sont partagés. Il va sans dire qu'on doit donner au malade le décubitus dorsal pour que l'intestin puisse rentrer dans le ventre.

Certains praticiens ont coutume alors d'étrangler le sac ombilical devenu vide entre deux morceaux de bois qu'ils serrent assez fortement pour le faire tomber en mortification. D'autres le traversent à la base avec une aiguille chargée de deux fils, puis ils nouent chaque fil en sens contraire, comme cela se pratique dans l'opération du staphylôme, et par ce moyen, ce qui se trouve au-dessus de la ligature doit mourir. Quelques-uns enfin, avant de lier le sac, font une incision à la partie supérieure afin de pouvoir, en introduisant le doigt, réduire plus facilement ce qui constituait la hernie ; après quoi ils appliquent la ligature. Il suffit de recommander au malade de retenir sa respiration pour que la tumeur acquière tout le développement qu'elle peut avoir. Il faut alors en circonscrire la base avec de l'encre, puis le malade étant couché sur le dos, comprimer la hernie avec les doigts afin d'achever de la réduire si elle n'est pas tout à fait rentrée. Cela fait, on attire à soi l'ombilic et au point même où se trouvent les marques d'encre on établit une ligature fortement serrée. Il n'y a plus ensuite qu'à se servir du fer ou des médicaments pour cautériser les parties placées au-dessus du fil jusqu'à mortification complète et en dernier lieu à panser la plaie comme dans les autres cas de cautérisation.

Cette méthode est celle dont on obtient les meilleurs succès, non seulement quand on l'applique aux hernies intestinales et épiploïdes mais aussi quand on veut guérir

les tumeurs formées par une collection d'humeurs. Il faut néanmoins n'en venir à la ligature qu'après s'être assuré qu'elle n'entraîne aucun danger.

Le très jeune enfant, l'homme dans la force de l'âge, ou le vieillard, se prêtent mal à ce moyen curatif qu'il vaut mieux employer de la septième à la quatorzième année. Cette méthode, dont l'application est facile aux tumeurs peu volumineuses, ne peut être essayée sans péril sur celles qui sont devenues considérables. »

Celse paraît même avoir pratiqué l'évidement et la suture de l'anneau. Il se montrait sobre d'intervention chez l'adulte et n'opérait guère que les enfants de 7 à 14 ans.

Oribase (iv^e siècle) isole le péritoine avec soin et fixe avec minutie les règles de la recherche du péritoine. Oribase ajoutait à l'incision prudente des enveloppes, car il n'ignore pas les adhérences possibles de l'intestin avec le sac, la torsion du pédicule du sac et l'excision d'une portion plus ou moins considérable de ce sac.

Paul d'Egine (vii^e siècle), avant de procéder à la ligature, ouvrait la tumeur, réduisait l'intestin, s'il était compris dans la hernie et réséquait l'épiploon.

Aétius, Avicenne, Abdulcasis, Haliabbas, opéraient de même. Quelques-uns seulement, comme Guy de Chauliac s'abstenaient et traitaient la hernie ombilicale au moyen des bandages et des emplâtres résolutifs. Guy de Chauliac n'opérait la hernie ombilicale qu'en désespoir de cause et après avoir vainement employé les moyens médicaux.

Au sortir des ténèbres du moyen-âge, nous rencontrons

le nom d'Ambrôise Paré qui personnifie avec Franco en France, et Fabrice d'Aquapendente en Italie, la Renaissance scientifique.

Le procédé employé par A. Paré contre « la tumeur et relaxation du nombril » est à peu de chose près celui de Celse. Voici la description de l'opération usitée de son temps : « Pour la cure de l'intestin et de l'omentum (épiploon), le malade sera couché à la renverse, et seront réduits les intestins et l'omentum. Cela fait, on tiendra la peau suspendue où étaient contenus les dits intestins ou omentum ; puis on en prendra une portion tant qu'il en sera besoin, et on passera au travers de la peau ainsi élevée une assez grosse aiguille enfilée d'une petite ficelle assez forte. Puis on fera des incisions autour assez profondes, tant qu'il ne sera besoin, afin que la peau se réaglutine mieux. Puis, de rechef on passera la dite aiguille deux ou trois fois au plus, selon que le cuir aura été étendu en grosseur, longueur et largeur, et sera serrée la ficelle assez fort, puis de rechef, on liera la totalité vers le ventre, et en le faisant, la peau qui aura été distendue tombera avec les dites ligatures. Et pour bien faire, lorsque la dite peau aurait été fort distendue, on la pourra amputer assez près de la ligature extérieure, puis l'ulcère sera traité et cicatrisé ainsi qu'il appartient. »

On voit par cette description que Paré se gardait bien de pratiquer l'incision du sac. Il avait probablement appris à connaître et à craindre les suites d'une intervention aussi hardie.

Dès lors le bistouri de moins en moins en faveur dans la cure des hernies va bientôt faire place au bandage

métallique qui vient d'être inventé. La déchéance des procédés sanglants date de cette époque. Ce mouvement de réaction contre les anciens procédés n'alla pas sans résistance, surtout pour la hernie ombilicale qui semble n'avoir jamais perdu ses droits à la cure opératoire, et parmi les rares partisans de la méthode sanglante il faut citer Saviard et Thévenin. Ce dernier chirurgien indique quatre procédés de ligature pour hernie ombilicale.

L'opinion des chirurgiens du xviii^e siècle peut se résumer en quelques mots : « Réserver la cure radicale aux seules hernies étranglées. Le bon bandage suffit à assurer la cure radicale dans les hernies non étranglées. »

Si tel est l'avis de Garengot, de J.-L. Petit, de Lawrence, Scarpa et Richter, seul Desault au commencement de ce siècle, se montre partisan de la cure radicale. Entre ses mains le procédé de la ligature a donné 50 succès bien constatés dans la cure radicale de l'omphalocèle.

Dans ses œuvres chirurgicales publiées par Bichat, le procédé de Desault est ainsi décrit : « On pratique d'abord la réduction des viscères, puis un aide fait autour de la base des enveloppes plusieurs circulaires avec un fil de lin ciré, etc. ; au bout de quelques jours, les parties liées tombent ; l'ulcère qui en résulte est pansé soigneusement et guérit en quelques jours, laissant l'ombilic assez résistant pour que la toux et les efforts imprimés aux muscles abdominaux n'y déterminent aucune impulsion. »

Malgré toute l'autorité de Desault, les chirurgiens qui viennent après lui n'imitent pas sa manière de faire. Les Sociétés de Médecine de Lyon et de Paris condamnent les

procédés sanglants pour la cure des hernies, le bandage est le seul employé jusqu'en 1835.

A cette époque, Gerdy propose sa méthode d'invagination du sac. Bouchacourt (1842) et Chicoyme (1846), préconisent de nouveau la méthode de Desault, Vidal de Cassis, dans sa thèse d'Agrégation (1848), rejette la ligature : « Après l'opération, dit-il, il reste toujours une pointe, c'est-à-dire un commencement de hernie, et la tumeur se reproduira si la compression ne vient pas en aide à la ligature, et surtout si la nature n'est pas en voie de réparation. On ne me fera jamais admettre qu'une cicatrice cutanée à l'ombilic, qu'une diminution dans la capacité du sac si considérable qu'elle soit, puisse empêcher la hernie de se reproduire si l'anneau fibreux ne revient pas sur lui-même. »

A partir de ce moment on ne voit plus que des essais isolés de cure radicale par des procédés différents. Lee applique l'acupuncture au traitement de l'omphalocèle. Wood et Giraldès reviennent au procédé de Gerdy. Nélaton, en 1857, opérant une hernie ombilicale chez un nouveau-né suture les bords de l'ouverture cutanée qui entoure la base de la tumeur. Cependant le bandage ne paraît pas remplir toutes les indications car M. le professeur Duplay, dans sa thèse d'Agrégation, en 1866, convient que la guérison de la hernie ombilicale soit spontanément soit à l'aide des bandages est exceptionnelle chez l'adulte et qu'à ce seul point de vue on pourrait dire qu'une opération de cure radicale peut être indiquée et qu'elle peut être tentée dans certains cas.

N'oublions pas la méthode de traitement par les injec-

tions péri-herniaires qui ont pour partisans Schwalbe en Allemagne, Luton en France. Cette méthode, qui ne paraissait devoir être applicable qu'aux enfants, n'a donné que de médiocres résultats et est justement délaissée aujourd'hui.

Tel était l'état de la question au moment où apparut la méthode antiseptique qui fit faire à la chirurgie en quelques années autant de progrès qu'elle en avait réalisé durant de nombreux siècles. La chirurgie abdominale fut la première à profiter de cette nouvelle et féconde impulsion et la cure opératoire des hernies reconquit dans la thérapeutique la place qu'elle avait si longtemps perdue.

Ch. Steele fait en 1873 la première opération de cure radicale de hernie.

M. J. Lucas-Championnière la pratique pour la première fois en France en 1881.

Parmi ceux, qui, dans ces derniers temps, ont spécialement étudié le sujet qui nous occupe, nous citerons Schede, Nussbaum, Czerny, Riesel en Allemagne; Reverdin, Socins en Suisse; Bassini en Italie; Wood, Banks, Bennett, Lawson Tait en Angleterre; et, en France, Lucas-Championnière, Gillette, Polaillon, Duplay, Tillaux, Nicaise, Berger, Terrier, Reclus, et tant d'autres que nous oublions.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

DISPOSITIONS PRÉALABLES A L'OPÉRATION.

Il faudra toujours, à moins qu'une opération immédiate ne s'impose, soumettre à une préparation spéciale le malade mis au lit quelques jours à l'avance.

La région ombilicale est un siège de prédilection, surtout chez les obèses, pour des inflammations de toutes sortes, eczéma, intertrigo, furoncles, excoriations, souvent produites par la distension exagérée des téguments et entretenues par les bandages.

Asepsie ombilicale. — On se mettra à l'abri des complications septiques pouvant provenir de la peau par une soigneuse désinfection pratiquée sur la région préalablement rasée.

Le bain préalable a l'inconvénient de prédisposer aux bronchites.

Dans le service de notre maître, on commence par un lavage avec l'eau de panama, c'est-à-dire avec la décoction de quillaya saponaria, avec laquelle on dégraisse les étoffes. Un soigneux lavage à l'eau de savon suivi d'une

légère friction avec une compresse imbibée d'éther donnera le même résultat.

Un peu avant l'opération on lavera la région successivement à l'eau de savon et à l'eau phéniquée forte (1/20), après l'avoir rasée si on ne l'a déjà fait au moment du premier lavage. La région est lavée à nouveau avec la solution phéniquée forte, pure cette fois. Des compresses imbibées d'eau phéniquée faible, 1/40 sont laissées sur la région, jusqu'au moment de l'opération, c'est-à-dire, en général pendant qu'on endort le malade. Immédiatement avant l'opération nouveau lavage à l'eau phéniquée forte. Le champ opératoire est circonscrit par des compresses imbibées d'eau phéniquée faible et l'opération est pratiquée avec toutes les conditions ordinaires de la méthode antiseptique.

Purgatifs. — L'usage des purgatifs avant l'opération répond à une double indication. Ils débarrassent l'intestin de germes et de produits accumulés depuis un temps plus ou moins long ; ils favorisent, en outre, l'évacuation des gaz de l'intestin et permettent à celui-ci de revenir sur lui-même et de reprendre dans la cavité abdominale le moins de place possible. L'usage du naphtol et du salicylate de bismuth, associés ou non, suivant les cas, aux lavements, achèvera l'antisepsie intestinale.

Les connaissances récemment acquises relativement aux migrations du *bacillum coli commune*, surtout dans le cas de hernie ayant diminué la résistance de la muqueuse intestinale, imposent au chirurgien cette préparation préalable du tube digestif.

Chloroformisation. — Chez les malades qui subissent la

cure radicale, la chloroformisation doit être faite avec certaines précautions :

1° L'anesthésie doit être complète pendant toute la durée de l'opération. Il ne faut être gêné ni par les efforts du sujet, ni par les vomissements ou les menaces de vomissements. Le mouvement des intestins en avant peut être très gênant. Lorsque la hernie est volumineuse, il peut être impossible de la réduire une fois sortie.

2° On donnera le chloroforme à petite dose d'une façon lente et ininterrompue. On évite ainsi le réveil durant l'opération.

Il ne faut pas autant que possible employer une quantité de chloroforme telle que l'opéré reste longtemps dans ces états semi-asphyxiques qui le prédisposent si souvent à de redoutables complications pulmonaires.

Les inhalations d'oxygène pendant l'anesthésie rendent des services bien appréciables.

3° Enfin l'anesthésie doit avec le plus grand soin être prolongée jusqu'à ce que le pansement soit complètement achevé.

Notre maître attache une importance capitale à cette dernière règle. Si les efforts et les vomissements du réveil survenaient avant que la protection de la région ne fût bien assurée, la solidité et la régularité de la plaie seraient sérieusement compromises.

Auscultation. — L'auscultation minutieuse du sujet est une règle dont on ne doit jamais se départir. Indépendamment des contre-indications qui pourraient surgir de ce côté quant à l'administration du chloroforme toute lésion des organes thoraciques est, sans contredit, la cause

d'un défaut de résistance de la cicatrice et par suite une condition presque fatale d'insuccès.

Sous aucun prétexte, il ne faut opérer un sujet enrhumé. L'indication est ici aussi impérieuse que dans l'opération de la cataracte. D'ailleurs, il est toujours loisible au chirurgien de choisir le moment le plus favorable au succès de l'opération.

Agents de la suture. — Quels sont les matériaux de suture, à employer (1)? Les avis sont partagés. En réalité leur choix dépend beaucoup de l'habitude prise par chacun. La pratique qui consiste à laisser dans la plaie un fil métallique destiné à renforcer la paroi doit être rejetée.

Bien peu de chirurgiens y ont encore recours. Il est dangereux de croire, en effet, qu'un fil métallique peut séjourner dans les tissus mous sans en amener la section. On emploie deux sortes de fils : ceux qui, insérés dans l'intimité des tissus sont destinés à disparaître ou à être incorporés à ces tissus et ceux qui passant à l'extérieur, peuvent être retirés du dehors.

Pour les fils non résorbables, deux substances se disputent la faveur des chirurgiens : le catgut et la soie.

Le catgut se résorbe rapidement ; c'est là le grand avantage que présente son emploi. Cet avantage est malheureusement subordonné à une asepsie parfaite qui ne peut être obtenue que par une longue préparation. C'est peut-être ce qui fait reculer un grand nombre de praticiens devant son emploi.

1. *Des agents de suture*, par L. Championnière. *J. de méd. et ch. prat.* 10 novembre 1892.

Dans le service de notre maître, à l'hôpital Saint-Louis, il est fait uniquement usage, dans les opérations de cure radicale, d'un catgut un peu plus volumineux que celui généralement employé. On le laisse macérer au moins six mois dans l'émulsion suivante dont la formule primitive appartient à Lister.

Huile d'olive	100
Acide phénique cristallisé	20
Eau	2

Le catgut ainsi obtenu est baigné avant son emploi pendant un quart d'heure dans l'eau phéniquée à 20 pour 100. Avec ce catgut dans les opérations de cure radicale et autres pratiquées dans le service on n'a jamais observé d'accidents attribuables à la suture.

Néanmoins, la soie dont l'asepsie est relativement facile, puisqu'il suffit pour cela de la laisser séjourner dans une solution de sublimé au centième, continuera à être employée par un grand nombre de chirurgiens. Les cas de fils de soie perdus dans les tissus et qui, bien que parfaitement aseptiques ont provoqué un travail d'élimination, sont tellement rares, qu'ils ne suffisent pas à faire rejeter leur emploi.

Malgré donc nos préférences pour le catgut, nous pensons qu'on pourra employer indifféremment la soie ou le catgut pourvu qu'ils soient parfaitement aseptiques. Quant au fil non résorbable, destiné à être retiré des tissus, le crin de Florence plus lisse et coupant moins les tissus devra toujours être employé de préférence à la soie.

Instruments. — Le choix et la propreté des aiguilles est d'une grande importance.

L'aiguille de Reverdin droite et surtout courbe est d'un usage presque courant. Notre maître a constamment près de lui une aiguille très fine pour le cas rare où l'on se trouverait dans la nécessité de faire des sutures intestinales.

Le moyen le plus sûr de désinfecter ces aiguilles ainsi que les instruments délicats, est celui qui a été adopté par M. Championnière. On procède à un nettoyage minutieux de l'aiguille au chloroforme puis on la laisse baigner dans du chloroforme bien propre. On la sort de là pour la placer dans la solution phéniquée forte pour en pratiquer la purification définitive. M. Lucas-Championnière a vu ainsi disparaître de sa chirurgie les points de suture qui suppurent, les fils qui coupent prématurément et surtout les accidents graves qui peuvent résulter du passage d'aiguilles incomplètement aseptisées à travers l'épiploon ou à travers le pédicule séreux du sac.

Nous ne ferons que mentionner les autres instruments dont il faut disposer, tels que :

Des ciseaux fins, une pince d'écarteur, des pinces allongées à pointe. Des pinces hémostatiques avec ou sans pointes. De petites pinces clamp. Des pinces à larges mors. Des pinces à disséquer. Pince à fourche, etc.

On trouvera dans le savant ouvrage de notre maître (1), une description détaillée de ces instruments et de leurs avantages.

1. *Cure radicale des hernies*, 1892, par J. L. Championnière, chez Rueff et Cie.

CHAPITRE II

CONDITIONS AUXQUELLES DOIT SATISFAIRE LA CURE RADICALE.

Avant de décrire en détail les différents temps de la cure radicale de l'omphalocèle telle qu'elle nous semble devoir être pratiquée, nous allons exposer les différents buts visés par cette opération. Cette étude préalable nous permettra de juger rapidement dans un chapitre suivant l'insuffisance notoire des différents procédés de cure radicale préconisés jusqu'en ces derniers temps.

M. Lucas-Championnière décrit trois grandes indications (1) :

1° Il faut détruire la séreuse herniaire. Cette séreuse joue un rôle prépondérant dans l'accroissement de la hernie à cause du glissement et de la pression incessante des viscères sur la surface interne du sac. Tout sac à l'état d'ébauche a une tendance invincible à s'accroître, alors surtout qu'il s'agit de la région ombilicale. Il est évident que le chirurgien devra s'attacher à la destruction totale du sac herniaire. Toute opération qui ne satisfait pas à cette indication est fatalement incomplète puisqu'elle laisse dans la plaie le principal agent de la récurrence.

2° Il faut constituer à la place de l'anneau ombilical la

1. *Cure radicale des hernies*, 1892.

cicatrice la plus puissante possible pour résister à la pression de viscères qui tendent à forcer la paroi au niveau de la cicatrice. Cette indication est aussi capitale que la précédente. Le résultat qu'elle recherche est fourni autant par la technique employée dans la constitution des différents plans de suture que par la sûreté de la méthode antiseptique. L'expérience démontre en effet, que la solidité de la cicatrice est en rapport avec la plus ou moins grande rapidité de la cicatrisation. Un rien peut faire avorter sur un point la réunion par première intention, de là un nouvel élément de récurrence et non le moins important.

3° Enfin, toutes les fois qu'on le peut, il faut détacher ou détruire certaines parties contenues dans le sac (réduction de l'intestin, résection de l'épiploon).

A ces trois conditions impérieusement nécessitées par la cure radicale répondent trois phases opératoire bien nettes.

1° L'ouverture puis l'ablation du sac faite le plus haut possible afin de supprimer le plan glissant péritonéal.

2° La constitution d'une cicatrice puissante au niveau de l'orifice ombilical.

3° Le traitement des parties contenues dans le sac herniaire, traitement qui variera avec le contenu lui-même.

MANUEL OPÉRATOIRE.

1^o *Incision des téguments.*

L'incision ne diffère pas de celle qui est pratiquée pour la kélotomie. Elle peut être placée au choix de l'opérateur pourvu qu'une des extrémités vienne découvrir largement le pédicule, c'est-à-dire l'orifice ombilical.

L'incision elle-même pourra être droite ou courbe. Droite, elle a l'avantage d'être parallèle à la ligne blanche et à la direction des fibres du muscle droit. Courbe, elle pourra découvrir un espace plus considérable et permettra souvent l'excision d'une quantité plus ou moins abondante de peau distendue et exubérante. D'autres fois, en raison de la minceur ou des lésions des téguments il sera nécessaire de pratiquer deux incisions semi-elliptiques se rejoignant en haut et en bas sur la ligne médiane et circonscrivant un lambeau à réséquer.

La longueur de l'incision variera avec le volume de la protusion. D'une façon générale, il ne faut pas craindre de faire cette incision trop étendue. La dissection du sac est ainsi grandement facilitée et la cicatrice future n'en est pas moins solide. L'expérience est là pour le prouver.

Le chirurgien doit inciser lentement et couche par couche de peur d'entrer prématurément dans le sac ou dans l'intestin lui-même.

La région ombilicale, souvent très vasculaire, exige le placement d'un grand nombre de pinces hémostatiques. Il

ne faut pas oublier, en effet, qu'ici plus que partout ailleurs, l'hémostase absolue du champ opératoire est la condition essentielle d'une bonne dissection.

2° Ouverture et dissection du sac.

Le sac découvert, on l'incisera avec précaution de façon à explorer facilement de l'œil et du doigt tous les organes qu'il contient.

L'incision du sac doit être pratiquée avec la plus extrême prudence et le contenu traité comme nous l'indiquons plus loin.

La dissection sera ensuite effectuée.

Cette dissection, en général très laborieuse, exige beaucoup de temps et de patience. Si l'on cherchait à isoler le sac trop rapidement on risquerait de provoquer un écoulement sanguin abondant.

La dissection doit toujours être conduite de bas en haut en attirant le sac fortement en bas pendant qu'on la poursuit vers les parties de la hernie plus rapprochées du collet du sac. Ce temps de l'opération sera singulièrement facilité par l'usage des petits ciseaux moussés de M. Lucas-Championnière. Tout en disséquant avec les ciseaux on exerce sur le sac de légères tractions qui doivent permettre de remonter dans l'abdomen et d'amener à l'extérieur la partie du péritoine intra-abdominal qui avoisinait l'anneau ombilical.

La manœuvre qui rend cette dissection et cette traction possible consiste à réduire le sac à la partie la plus mince

qu'on pourra et à séparer le sac de ses connexions périphériques exclusivement avec l'instrument tranchant, ciseaux ou bistouri. Le décollement avec les doigts est défectueux et ne permet qu'une dissection très incomplète. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est de se perdre dans les couches fibreuses extérieures au sac et qui semblent tout d'abord en faire partie.

Il faut ajouter qu'une fois les téguments incisés on ne tombe pas toujours sur le sac herniaire. Cela se voit surtout dans certaines hernies constituées par un diverticule péritonéal étroit entouré par un lipôme herniaire plus ou moins volumineux. Dans ces cas, la seule conduite rationnelle consiste à diviser le lipôme de manière à découvrir le diverticule péritonéal qui existe à son centre et de le traiter comme un sac herniaire véritable.

3° Formation du pédicule et extirpation du sac.

Lorsque la partie supérieure du sac a été complètement séparée par la dissection de ses connexions périphériques et viscérales de façon à pouvoir être attirée au dehors avec la portion adjacente du péritoine intra-abdominal, on procède à la fermeture de la séreuse, à ce que notre maître appelle la formation du pédicule de la hernie.

Ce temps généralement décrit sous le nom de ligature du collet du sac semble avoir été visé dans les plus anciens procédés de cure radicale. De sa réalisation, dépend en grande partie le succès de l'opération.

Le *modus faciendi* diffère suivant les cas.

Et d'abord la ligature circulaire qui consiste à bien

ramasser le pédicule séreux et à l'étreindre solidement avec un gros fil de catgut, présente une grande simplicité.

Mais cette ligature offre peu de garantie, et quelle que soit la solidité de la constriction le glissement du fil sera toujours à craindre.

Il faut donner la préférence à la ligature double par transfixion qui présente une bien plus grande sécurité. La partie la plus élevée du sac qu'il est possible d'atteindre est traversée avec une aiguille mousse à châs mobile, enfilée d'un gros fil double de catgut d'assez gros calibre. Les deux moitiés du fils sont entre-croisées pour être fixées l'une à l'autre puis nouées séparément sur chacune des moitiés du collet séreux en faisant trois nœuds ce qui donne plus de solidité à la ligature. Les deux moitiés sont alors réunies par une ligature circulaire totale avec l'extrémité des fils de l'une ou des deux ligatures partielles.

Deux fils peuvent être insuffisants pour enserrer assez solidement le pédicule, on place alors sur lui trois fils associés en chaîne. Si l'on avait affaire à un sac aminci, déchiré et tiraillé par la dissection comme ceux dont il s'agit dans les observations II et III, on le fermera avec une série de ligatures doubles de catgut également associées en chaîne ; ces ligatures seront plus ou moins espacées selon la plus ou moins grande épaisseur du sac. C'est la seule façon de ramasser en un faisceau homogène les différentes portions du sac dont la réunion constitue le pédicule.

Le pédicule une fois formé est sectionné au-dessous des nœuds, la surface de section est tamponnée avec une petite éponge montée à l'extrémité d'une pince hémostatique

ordinaire, trempée dans la solution phéniquée forte et légèrement exprimée. Le pédicule du sac est ensuite refoulé dans l'intérieur du ventre ou plutôt abandonné à lui-même. Car si la dissection a été bien faite, il remonte au-dessus de l'anneau ombilical au point de disparaître complètement.

Il peut être utile d'introduire un ou deux doigts à travers l'anneau et de chercher à rompre les adhérences qui pourraient maintenir le pédicule au voisinage de l'anneau. C'est là une manœuvre qui contribue à la disparition de certains troubles fonctionnels de la hernie et en particulier des douleurs qui pourraient persister malgré la perfection anatomique de la cure radicale.

4° Traitement du contenu du sac.

Deux cas peuvent se présenter : la hernie ombilicale est réductible ou irréductible. Si la hernie est réductible, la réduction ne présente aucune difficulté. Si, au contraire, la hernie est irréductible et l'irréductibilité devient rapidement la règle dans l'omphalocèle, un traitement spécial des viscères contenus dans le sac s'impose comme un temps essentiel de la cure radicale.

a). Traitement de l'intestin.

La hernie ombilicale des enfants ne contient que de l'intestin. Il n'y a jamais d'épiploon par la raison qu'il n'est pas assez développé chez les enfants pour arriver au

niveau de l'ombilic. L'intestin est rarement adhérent au sac de sorte que la réduction s'opère facilement chez eux lorsqu'une intervention est jugée nécessaire. Chez l'adulte, l'épiploon fait presque toujours partie des viscères contenus dans le sac herniaire. Très souvent il est seul, quelquefois il est accompagné d'une anse intestinale rarement on trouve l'intestin seul.

Souvent quand on se trouve en présence d'une entéro-épilocèle l'anse intestinale est enveloppée de toutes parts par l'épiploon qui lui forme une espèce de sac; ce qui peut créer des difficultés dans la réduction. Les adhérences intestinales sont heureusement assez rares. Elles peuvent causer de réelles difficultés, car ces adhérences nullement comparables aux adhérences récentes et molles que l'on rencontre dans la kélotomie sont anciennes, fibreuses et très étroites. Les disséquer serait s'exposer à blesser l'anse adhérente ou à réduire une surface intestinale saignante. Il vaut mieux, et c'est la conduite qu'a suivie M. Lucas-Championnière dans plusieurs cas, il vaut mieux laisser accolée à l'intestin une partie de la séreuse que l'on réduit avec lui.

Il existe quelquefois des adhérences du gros intestin et de ses franges graisseuses, le mésocolon ayant été entraîné dans la hernie et venant adhérer aux parois du sac. Dans ces cas défavorables, la libération de l'intestin présente de grandes difficultés, et il faudrait évidemment suivre la même conduite, c'est-à-dire tailler dans l'épaisseur du sac des bandelettes très minces qui seront réduites avec l'intestin.

D'autres fois, l'épiploon est adhérent au sac irréducti-

ble, ou bien la hernie est formée par une anse intestinale adhérente à l'épiploon qui adhère lui-même au sac. Il est alors nécessaire de rompre très prudemment avec les doigts et les ciseaux toutes ces adhérences. Cette dissection ne laissera pas que d'être très pénible lorsque le sac se trouvera divisé en une infinité de petites loges contenant chacune un lobule d'épiploon. L'intestin une fois libéré, est réintégré dans l'abdomen.

b). Traitement de l'épiploon.

L'épiploon est un agent important de la formation, de l'entretien et de la récurrence de la hernie, d'où l'utilité, notre maître va même jusqu'à dire la nécessité, de supprimer tout l'épiploon qu'on peut atteindre. Si l'on ne trouve pas d'épiploon dans le sac, on peut toujours avec le doigt plongé dans l'abdomen attirer tout l'épiploon qui se trouve au voisinage de l'anneau ombilical et en réséquer une quantité convenable. C'est d'ailleurs une manœuvre à laquelle on n'aura pas souvent recours, car l'épiploon adhérent et irréductible constitue presque toujours la plus grande partie sinon la totalité du contenu de la hernie.

L'excision de l'épiploon contenu dans une hernie, même lorsqu'il n'est pas irréductible, n'est pas pratiquée par tous les chirurgiens.

D'après M. Berger, les statistiques accusent une mortalité plus grande pour les opérations de cure radicale accompagnée d'excision de l'épiploon. Il conviendrait, selon lui, d'en tenir compte et de ne procéder à la résec-

tion de l'épiploon que si celui-ci est contenu en grande quantité dans le sac ou, s'il a perdu sa souplesse et sa mobilité.

A la suite d'une étude statistique sur la mortalité dans la cure radicale en général, M. Berger ajoute que « la résection d'une grande masse d'épiploon avait dû être pratiquée dans plusieurs des cas malheureux. »

Voilà, il faut l'avouer, une supposition bien peu faite pour tenir lieu de bonne statistique. Il est injuste de mettre sur le compte d'un procédé opératoire des accidents qui peuvent aussi bien être imputés à une faute de technique.

L'excision d'une quantité plus ou moins considérable d'épiploon a toujours été faite par notre maître qui espère ainsi diminuer d'autant la pression qui sera ultérieurement exercée sur la cicatrice.

Aucun accident sérieux ne nous paraît être dû à cette pratique. On observe quelquefois des nausées au moment où l'on exerce de légères tractions sur l'épiploon. Ces nausées que quelques inhalations de chloroforme suffisent à faire disparaître, n'ont jamais été qu'un incident sans importance. M. Lucas-Championnière a opéré seize hernies ombilicales caractérisées pour la plupart par leur volume considérable et la grande étendue de leurs adhérences. Malgré ces conditions défavorables et la gravité de l'état général, les suites ont toujours été des plus régulières. La quantité d'épiploon réséqué a toujours été assez abondante, ainsi qu'en témoignent les chiffres suivants pris au hasard

1. *Revue des sciences médicales*, 1888, T. II.

dans nos observations : 573 grammes, 482 grammes, 104 grammes, 412 grammes, 95 grammes, 247 grammes, etc.

Contrairement à Anderegg qui estime à 2 p. 0/0 environ l'accroissement de la mortalité qui dépend de ce temps de l'opération, notre maître s'appuyant sur l'expérience de près de 300 cas de cure radicale, considère comme nulle la mortalité provenant de ce chef.

Mais pour en obtenir tous les résultats désirables il est nécessaire de suivre dans cette résection une méthode rigoureuse qui en assure l'innocuité.

Il peut arriver que l'on se trouve en présence d'adhérences unissant l'épiploon au sac, au collet fibreux de la hernie et quelquefois à la paroi abdominale au voisinage même de l'orifice ombilical. Pour surmonter les difficultés qui s'attachent à leur dissection et à la libération complète de l'épiploon, il est utile de procéder de la partie libre intra-abdominale vers la partie adhérente et non de la partie adhérente vers la partie libre. Pour ce faire, il est nécessaire de fendre largement l'orifice et d'arriver sur l'épiploon libre dans le ventre. On étale l'épiploon au fur et à mesure de sa sortie sur des compresses phéniquées qui se trouvent supporter finalement l'épiploon adhérent et non adhérent.

La résection épiploïque terminée, il reste à réduire le pédicule épiploïque. Cette réduction devra être pratiquée avec beaucoup de précaution et sans violence aucune, surtout lorsque le pédicule est très volumineux.

En ce qui concerne la ligature de l'épiploon, nous ne saurions mieux faire que reproduire la technique de M. Lucas-Championnière.

« L'épiploon étant attiré au dehors, tant que les tractions peuvent se faire, on a devant soi une surface épiploïque plus ou moins considérable. Pour maintenir le tout au dehors et bien fixer tout ce qui peut être réséqué sans inconvénient, je saisis les deux extrémités du tablier épiploïque avec de longues pinces. Je me rends compte du nombre des groupes de deux fils qui seront nécessaires pour emporter tout ce tablier. J'enfonce alors mon aiguille mousse dans les places déterminées autant de fois que je veux placer des groupes de fils. J'attire à chaque fois un fil plié en deux, tous mes fils doubles étant ainsi placés, je passe avec l'aiguille entre chacun d'eux et je ramène deux à deux les chefs libres de chacun des fils. Je regarde alors tous les fils un à un pour bien m'assurer que ceux de chaque groupe sont entre-croisés entre eux et sont tout à fait sans connexions avec ceux du groupe voisin. Pour faire cet examen, j'ai soin de poser des pinces d'attente sur chaque fil. Ces pinces seront enlevées au fur et à mesure quand je vois procéder au serrage de chacun des groupes de fils.

Quand ceci a été fait, j'ai sous les yeux deux, trois ou quatre groupes de fils qui forment de petites masses bien serrées et compactes, qui seront bien distinctes, peuvent glisser les unes sur les autres et doivent permettre à l'intestin situé au-delà d'avoir toute la liberté de ses mouvements de glissement et de distension.

La ligature étant faite, lorsque les groupes sont bien assurés, l'épiploon est réséqué avec soin au-dessous des ligatures et on le passe en revue avec soin pour bien cons-

tater que aucun vaisseau n'a échappé qui puisse donner même une petite quantité de sang. »

5° *Oblitération de l'orifice ombilical. Fermeture de la paroi.
Suture.*

Les viscères ont été réduits, l'épiploon réséqué, le sac détruit, le collet du sac oblitéré, il reste encore le trajet par où s'est échappée la hernie. Il va de soi que cette solution de continuité que présente les différentes couches de la paroi abdominale doit être oblitérée et remplacée par une cicatrice rendant à la paroi sa résistance normale.

Avant d'aller plus loin, nous croyons utile d'exposer quelles sont les conditions auxquelles doit satisfaire une bonne cicatrice chargée d'assurer la résistance de la paroi et de prévenir la récurrence.

A priori, la meilleure cicatrice est celle qui réunit dans sa masse le plus possible de tissus cruentés sous le moindre volume. Pour cela les deux conditions suivantes doivent être réalisées.

1° L'affrontement aussi exact et solide que possible des lèvres de la plaie.

2° La superposition également exacte des trainées linéaires données par l'affrontement des différents plans successivement intéressés dans la section abdominale.

L'exactitude de cette vue théorique se trouve aujourd'hui confirmée par les faits.

L'expérience des chirurgiens qui se sont spécialement occupés de la question, démontre de la façon la plus nette qu'en dehors de la question de suppuration qui affaiblit

toujours les tissus, quoiqu'en aient dit certains opérateurs, l'éventration post-opératoire dans la laparotomie n'existe plus guère quand on pratique la suture à trois étages comprenant :

1° La suture du péritoine.

2° La suture du plan musculo-aponévrotique.

3° La suture de la peau.

MM. Lucas-Championnière, Pozzi, Terrier, Richelot, etc., sont des partisans convaincus de la suture à trois étages dans la laparotomie. M. Richelot déclarait à la Société de Chirurgie, n'avoir pas vu depuis plus de deux ans (1), qu'il fait cette suture, et sur un grand nombre de laparotomies, un seul cas de cicatrice difforme ou d'éventration si petite qu'elle soit, et cela non-seulement après les salpingectomies, mais aussi après l'ablation d'énormes fibromes ou de gros kystes multiloculaires après l'abandon de tout bandage (1).

L'étude du mécanisme de l'éventration post-opératoire nous fera bien comprendre à quelle indication répond la suture à trois étages.

Dans les cas d'éventration, si l'on dissèque le sac de la hernie ventrale, on le trouve constitué par la peau, le péritoine et quelques brides cicatricielles distendues ou des lambeaux amincis de la couche aponévrotique, mais la ligne blanche à proprement parler n'existe plus (2).

C'est donc dans un défaut de réunion de la couche

1. *Bull. Soc. de chir.*, 1891, p. 650.

2. Goullioud, *Lyon médical*. 1892. *De l'éventration ombilicale*.

musculo-aponévrotique qu'il faut chercher la cause de l'éventration post-opératoire.

Toutes les fois que cette couche a été sectionnée, si la réunion n'a pas été parfaite, il en résulte un point faible. Ne sait-on pas d'ailleurs que le trajet d'un drain qui a empêché la réunion d'un point de la ligne blanche peut devenir le trajet d'une hernie ?

Gill Wylie (1) a montré mieux que tout autre la nécessité d'affronter la couche profonde aponévrotique si l'on veut éviter sûrement l'éventration post-opératoire, nous dirions de même volontiers la récurrence dans la hernie ombilicale. — Il s'exprime ainsi : « La nécessité de rapprocher les bords du péritoine semble généralement reconnue, mais la plupart des opérateurs méconnaissent entièrement le fait que l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, qui forme leur gaine et constitue la ligne blanche est, en réalité, le tendon des muscles abdominaux à direction transversale ; que c'est le fascia et non les muscles droits qui donnent aux parois abdominales leur résistance dans le sens transversal. Les muscles droits sont longitudinaux et très facilement déviés en dehors par toute force agissant transversalement et tendant à les séparer ».

Il résulte des considérations un peu longues dans lesquelles nous venons d'entrer qu'une suture spéciale des couches aponévrotiques de la ligne blanche s'impose pour

1. Gill Wylie. — *Ventral hernia caused by laparotomie in Amer. J. of obsterics*, 1887.

le traitement de la plaie abdominale dans la cure de l'omphalocèle aussi bien que dans la laparotomie.

Dans les deux cas, les conditions anatomiques sont en effet identiques. Ce serait se mettre en contradiction avec les faits que refuser à la non-réunion de la couche musculo-aponévrotique dans la hernie ombilicale, le rôle si important qu'elle joue dans la production de la hernie ventrale post-opératoire.

Nous pouvons dès maintenant juger que la suture en masse des parois n'obéit pas suffisamment à l'indication tirée de l'importance de la couche musculo-aponévrotique profonde.

Cette suture en masse des parois embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale a été employée par MM. Tillaux, Nicaise, Berger, Routier, Terrier, etc., qui ajoutent des sutures superficielles, si c'est nécessaire. M. Routier pense qu'on pourrait se dispenser de la ligature du sac avant son incision puisqu'on le comprend ensuite dans la ligature en masse des parois. Or, dans cette suture, diverses conditions gênent le rapprochement spontané de la couche aponévrotique de la ligne blanche. C'est souvent l'interposition de la couche péritonéale qui se produit notamment dans la suture enchevillée avec large endossement péritonéal, si l'on n'a pas soin de refouler la couche péritonéale avant la transfixion de la paroi, surtout quand la paroi chargée de graisse est très épaisse. Pendant cette transfixion de la paroi, on laisse facilement en dehors la couche aponévrotique. Dans ce cas, la récurrence est à peu près fatale.

Aujourd'hui la plupart des chirurgiens ont abandonné

a suture en masse qui laisse subsister de nombreuses chances de récidence à cause de l'adossement imparfait des divers plans entre eux et, en particulier, du plan fibreux profond.

Dès 1875, M. Lucas-Championnière insistant sur cette notion qu'il faut traiter la plaie faite pour la cure radicale d'une hernie ombilicale comme une plaie de laparotomie s'exprimait ainsi : « On a souvent conseillé la suture après la kélotomie. Je fais une suture spéciale, et d'autres penseront comme moi, sans doute, qu'il y a lieu d'appliquer, après cette opération, une suture analogue à celle que l'on préconise pour toutes les plaies de l'abdomen et surtout pour les plaies d'ovariotomie.

Je comprends donc dans une première suture les tissus profonds au niveau du point débridé, puis je fais une suture superficielle au devant du sac. On a ainsi l'avantage de fermer hermétiquement l'abdomen. J'indique ce procédé, non pas à cause des succès qu'il m'a donnés, mais parce qu'il s'agit de traiter les plaies des hernies comme les plaies de l'abdomen (1). »

Nous adoptons résolument avec notre maître la nécessité d'une suture spéciale du plan musculo-aponévrotique.

Comment cette suture doit-elle être pratiquée ?

Socin, de Bâle, qui fut un des premiers à faire la cure radicale de l'omphalocèle, suturait les lèvres de l'anneau ombilical *après avivement de ces lèvres*.

Reverdin, de Genève, suit également cette conduite qui était déjà de règle dans la kélotomie pour hernie ombili-

1. *Journal de Méd. et de chir. prat.*, 1875.

cale étranglée ainsi qu'en témoigne la pratique de Barwell en Angleterre, de MM. Nicaise et Terrier en France.

Ce dernier se montre partisan convaincu de la suture de l'anneau dans les hernies étranglées de la région ombilicale aussi bien que dans les hernies non étranglées. M. Segond pose nettement comme règle la suture de l'anneau : « Dans la hernie ombilicale, dit-il, la suture de l'orifice devient une indication positive, aussi nécessaire que dans le cas de kélotomie pour des hernies étranglées de cette région. »

Les règles de l'avivement sont encore posées par M. Segond. « Dans les hernies ombilicales, la réunion des bords de l'orifice aponévrotique s'obtient facilement au moyen d'une suture de catgut à points séparés. Les uns avivent, les autres s'en dispensent. Si l'on a pu en séparer le collet du sac, il faut aviver, si cette dissection n'a pu se faire il ne faut pas aviver. »

M. Berger préconise aussi l'avivement des bords de l'anneau que l'on fendra de haut en bas pour en faciliter l'affrontement.

Il faut reconnaître qu'en réalité il importe peu que les bords de l'anneau ombilical soient avivés ou non, pourvu qu'ils soient maintenus au contact.

En effet, le tissu aponévrotique ne jouit par lui-même que d'une faible vitalité et les éléments de la réunion sont surtout fournis par « les parties molles quelconques » placées au point où était avant l'opération le collet du sac.

1. Thèse de Bonnet, 1887. *Cure radicale des hernies épigastriques.*

Plus tard, la compression qui sera exercée par les pièces du pansement favorisera autant et plus que l'avivement la solidité de la cicatrice.

Sutures. — Le rapprochement des bords de la plaie abdominale se fait ordinairement sans grand effort, et d'autant plus facilement que la quantité d'épiploon réséqué a été plus considérable.

Il peut être utile de passer à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, trois ou quatre crins de Florence qui sortent à 4 ou 6 centimètres des bords de l'incision.

Ces crins profonds, en même temps qu'ils aident à l'affrontement exact des lèvres de la plaie, augmentent la solidité de la cicatrice surtout dans les hernies volumineuses où l'on a réséqué une portion assez considérable des téguments de la hernie.

Nous pensons que l'emploi de ces points séparés profonds au crin de Florence devient une nécessité dans les cas où l'on peut prévoir une distension excessive ultérieure de l'abdomen ou de violents efforts de toux et de vomissements.

C'est pourquoi nous en conseillons l'usage dans tous les cas puisqu'ils n'ont que des avantages sans inconvénient aucun.

On procède ensuite à la suture de la couche profonde. Pour ces sutures profondes nous avons précédemment donné nos préférences au catgut. Nous pensons cependant que la soie ou le catgut peuvent être employés indifféremment pourvu que l'agent de la suture soit aseptique.

La suture doit être faite avec un soin méticuleux. Elle portera exclusivement sur les tissus fibreux de la ligne

blanche ou bien sur des tissus à la fois fibreux et musculaires si l'incision a été tant soit peu faite latéralement au lieu d'être faite exactement sur la ligne médiane.

Dans le premier cas les deux bords sont simplement réunis. On pourrait même opérer une résection partielle de ces bords en cas de distension excessive des tissus fibreux de la ligne blanche.

Dans le cas d'incision latérale, alors que la gaine des muscles droits a été ouverte, il faut s'efforcer pour obtenir une réunion aussi solide que possible de prendre d'abord le feuillet antérieur de la gaine, puis le muscle, puis le feuillet postérieur.

Pour donner encore plus de solidité à la réunion, M. L. Championnière passe habituellement quelques points de suture par dessus ceux qui sont déjà en place, points qui ne traversent pas toute la paroi abdominale et qui servent à maintenir ceux qui sont en dessous d'eux.

Deux procédés de sutures s'offrent à nous : la suture à points séparés et la suture en surjet. Tous deux ont leurs partisans.

La suture à points séparés nous a paru donner des résultats constamment satisfaisants. Avec elle la solidité de la réunion est plus parfaite et il n'y a pas à redouter le recroquevillement des lèvres de la plaie qui se produit plus ou moins avec le sujet au moment du rapprochement des extrémités du fil.

Les arguments présentés par les partisans de la suture en surjet, à savoir : la rapidité et la continuité de la suture sont, en réalité, des arguments de peu de valeur. Et d'abord en ce qui concerne la rapidité, l'économie de quelques

minutes importe peu du moment qu'il s'agit d'éviter une récurrence possible: Quant à la continuité de la suture, le surjet va justement à l'encontre du but qu'il se propose puisque le recroquevillement des lèvres de la plaie conduit effectivement à la discontinuité même de la suture. Ce dernier argument suffirait à lui seul à faire adopter la suture à points séparés à l'exclusion de la suture en surjet.

On terminera par la formation du dernier plan de suture pour lesquelles le crin de Florence sera exclusivement employé.

La peau sera réunie par des points de suture les uns profonds, les autres superficiels, de manière à en bien affronter les bords. Les points superficiels en égal nombre que les points profonds alterneront avec eux.

La suture de la peau terminée, il restera à nouer les crins profonds placés au début de l'opération.

7° Drainage.

Faut-il drainer dans la hernie ombilicale? Les avis sont partagés et le drainage réunit autant de partisans que d'adversaires. Le drainage a été pratiqué dans la plupart des observations que nous rapportons.

Au premier abord, le drainage ne paraît pas indispensable dans tous les cas. Ici, en effet, il n'y a pas tendance à la formation de culs-de-sac et de diverticules comme à la racine des bourses et de la cuisse dans les hernies inguinale et crurale.

Mais, par contre, dans la hernie ombilicale, on observe

un phénomène qui n'existe, dans les autres variétés de hernie, qu'à un bien moindre degré, nous voulons parler de cette cavité virtuelle qui existe surtout chez les femmes obèses, entre la peau et le plan des sutures perdues de la couche aponévrotique profonde. Cette cavité peut se remplir d'une quantité de liquide séreux ou sanguin plus ou moins considérable, et de virtuelle qu'elle était devenir réelle.

Cet épanchement se produit d'ailleurs malgré une antiseptie irréprochable.

Or, la compression la plus méthodique ne peut lutter à elle seule contre la tension particulière produite sur la ligne de réunion par l'exsudation d'une certaine quantité de liquide séreux ou séro-sanguinolent au-dessous de cette ligne, et cette tension n'est pas sans entraver la consolidation régulière de la cicatrice. Il suffit de s'être rendu compte une seule fois de la tension souvent si considérable de la cicatrice qui persiste encore plus d'une semaine après l'opération non suivie de drainage, pour se convaincre de l'utilité qu'il y a à supprimer, à l'aide du drainage, cette tension qui constitue par la cicatrice une cause de moindre résistance.

Pour retirer du drainage tout le bénéfice désirable, pour éviter certains inconvénients inhérents à son usage même, il est nécessaire d'observer les deux conditions suivantes :

1° Le drain doit être placé au-dessus du plan des sutures perdues de la couche fibreuse profonde.

Si le drain était placé au-dessous de ce plan, la cicatrice présenterait au niveau du point où il était placé un point faible constituant une amorce pour une récurrence future.

2° Il faut que le drain soit placé sous la peau dans le voisinage de la ligne de suture et non au-dessous de cette ligne de suture. Il est aisé de voir, en effet, que dans cette dernière façon de procéder, la compression qui sera ultérieurement exercée sur la plaie par le pansement tendrait à faire saillir le drain entre les deux lèvres de cette plaie : d'où une entrave sérieuse à la réunion.

Sous la réserve de ces précautions, nous pensons que le drainage doit constituer dans tous les cas un complément très utile de l'opération.

On emploiera, d'ordinaire, un drain court et de moyen calibre, en caoutchouc, de consistance un peu plus forte que celle de la sonde urétrale de Nélaton, ce caoutchouc résistant moins que le caoutchouc durci à la pression du pansement.

8° Pansement.

Le pansement doit remplir deux buts : 1° Mettre la région sur laquelle on a opéré à l'abri des agents extérieurs ; 2° exercer sur les parties qui viennent d'être réunies une compression efficace. Ce pansement sera fait suivant les habitudes du chirurgien. C'est assez dire que si la méthode doit toujours être une, les procédés varieront dans de larges limites.

Nous nous bornerons, à ce sujet, à recommander le pansement de M. Lucas-Championnière qui ne le cède à aucun autre quant à la simplicité et à la sûreté du résultat. La plaie est recouverte de deux ou trois petits carrés de gaze iodoformée sur lesquels on applique 4 ou 5 sachets anti-

septiques composés par parties égales de poudre de benjoin, d'iodoforme, de quinquina et de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus. Le tout est recouvert d'un grand carré de taffetas imperméable ou mackintosh destiné à conserver l'humidité des sachets.

Ouate de tourbe en couche assez épaisse et bandage de corps en flanelle.

La compression sera obtenue avec de petites compresses pliées en deux superposées au nombre de 4 ou 5 et placées au niveau de l'incision. Ces compresses soigneusement placées dans les parties profondes du pansement recevront une pression convenable de la part du bandage de corps.

En terminant ce chapitre nous résumerons le manuel opératoire de la façon suivante :

1^o *Incision* de la peau et des différentes couches sous-cutanées.

2^o *Ouverture du sac.*

3^o *Traitement du contenu du sac.*

a) *Intestin.* — Après traitement des adhérences intestinales, réduction de l'intestin.

b) *Épiploon.* — Dissection de l'épiploon en allant de la partie libre intra-abdominale à la partie adhérente.

Ligature enchaînée de l'épiploon avec un ou plusieurs fils doubles de catgut.

Résection de l'épiploon en deçà de la ligature.

Hémostase. Réduction du pédicule épiploïque.

4^o *Dissection du sac.* — Le sac est disséqué jusqu'au-delà de l'orifice ombilical au moyen du bistouri ou des ciseaux.

5^o *Fermeture de la paroi abdominale.*

a) Ligature du collet du sac péritonéal au-dessus du

collet. Résection du sac. Réduction du pédicule séreux.

b) Suture du plan profond musculo-aponévrotique à points séparés au catgut.

c) Suture de la peau à points séparés au crin de Florence avec ou sans excision d'un lambeau cutané.

CHAPITRE III

PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE.

L'opération terminée, le pansement appliqué, le malade replacé dans son lit, tout n'est pas terminé, tant s'en faut. En effet, la période de réparation de la plaie va commencer et l'attention la plus soutenue deviendra nécessaire pour éviter ou combattre les complications qui peuvent survenir après l'opération.

Sans trop nous étendre sur ces complications nous dirons qu'elles sont surtout constituées par des troubles fonctionnels du côté des poumons et de l'intestin caractérisés les premiers par de la dyspnée et de la congestion pulmonaire, les seconds par des vomissements, du ballonnement intestinal avec arrêt plus ou moins prolongé des matières fécales.

En ce qui concerne les troubles respiratoires, on les voit souvent survenir sans qu'il soit possible d'en déterminer exactement la cause ; d'autres fois ils sont nettement en rapport avec certains états pathologiques présentés par les opérés. C'est ainsi que ces troubles sont le plus souvent observés chez les sujets obèses, emphysémateux et porteurs de hernies très volumineuses. Une observation rigoureuse des malades permettra souvent d'éviter ces accidents et presque toujours de les combattre efficacement lorsqu'ils se seront déclarés. Nous avons vu que

dans une certaine mesure il y avait un traitement prophylactique qui consiste à n'opérer sous aucun prétexte, tout malade exposé à des quintes de toux par une affection thoracique aiguë ou subaiguë quelconque. Il est inutile d'insister sur le rôle extrêmement fâcheux exercé par les secousses de la toux sur la cicatrice qui se trouve alors placée dans de très mauvaises conditions pour s'organiser.

Les troubles intestinaux ne sont pas moins importants à éviter. A ce sujet nous ne pouvons manquer de signaler la très heureuse influence des évacuants à leur égard.

Purgatif. — Les purgatifs que nous avons recommandés dans la période qui précède l'opération sont encore plus formellement indiqués dans celle qui la suit. Comme dans toutes les opérations abdominales, par cette pratique on simplifie les suites du chloroforme, les malades n'ont d'ordinaire ni le ballonnement ni les douleurs et les vomissements qui se produisent si souvent dans les vingt-quatre heures qui suivent le réveil; ces troubles sont en tous cas rendus plus rares et plus courts.

Il y a là pour le malade une source incontestable de bien-être et de sécurité qu'il ne faut pas négliger.

L'évacuation artificielle pratiquée presque immédiatement après l'opération au moyen de purgatifs aidés ou non de lavements, remplit les trois conditions suivantes qui sont des plus favorables à l'opérée : 1° La réduction de la masse intestinale à un moindre volume ; 2° la désinfection relative de l'intestin ; 3° la suppression des phénomènes reflexes post-opératoires.

Cette opinion est fondée sur l'immense expérience acquise par notre maître sur les suites des opérations

abdominales et sur celle qu'il nous a été donné d'acquérir dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

Le choix du purgatif n'a pas très grande importance. La préférence sera donnée d'habitude à l'huile de ricin et au sulfate de magnésie à la dose de 20 grammes. Ajoutons que le purgatif doit être repris méthodiquement et souvent jusqu'à ce que la régularité des fonctions intestinales soit complètement rétablie.

Pansements. — Combien de temps doit rester en place le pansement exclusif et compressif qui a été appliqué au moment de l'opération.

Dans l'immense majorité des cas, on le laisse huit jours au moins. Lorsqu'on aura affaire à des femmes très obèses où à peau délicate il y aurait lieu de remplacer le pansement iodoformé qui peut-être mal supporté par un autre pansement moins irritant. A ce premier pansement le drain est presque toujours supprimé. On coupe au moins les fils les plus profonds, et en général, tous ceux qui tirent en laissant en place quelques uns des plus superficiels, si l'on ne veut pas voir la plaie bailler, dans les points qui ont subi un léger enroulement.

Le pansement est identique au précédent quant à la façon de le faire et aux substances antiseptiques employées ; dans tous les cas, il est nécessaire de le faire avec la plus minutieuse propreté afin d'éviter les infections secondaires qui peuvent prendre naissance au moment de la mise à nu de la ligne de réunion.

Le pansement n'est accompagné d'aucun lavage de la plaie ; on se bornera, en général à passer légèrement sur elle avec une compresse plutôt humide que mouillée, les

grandes quantités de liquide paraissant favoriser le développement des germes au niveau des plaies et donner une réparation moins régulière.

Huit jours après ce premier pansement post-opératoire, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, on en fera un second. Les fils qui restaient sont coupés et enlevés. A cette époque, si le rôle du pansement comme agent protecteur de la plaie est terminé, par contre, son rôle comme agent de compression conserve toujours sa raison d'être.

Il faut savoir qu'une cicatrice jeune atteint peu à peu et non pas d'emblée sa résistance définitive. Une compression solide et régulière est nécessaire pour éviter que des pressions abdominales exagérées ne s'exercent sur la cicatrice.

Repos au lit. — Les malades devront rester au lit pendant une période de un mois environ. Il faut reconnaître cependant que le séjour au lit devient rapidement insupportable et qu'on est souvent obligé de laisser les malades se lever à partir du vingtième jour. La position assise devra généralement être préférée au *décubitus* dorsal ; pour cela on prendra soin de serrer le bandage énergiquement et au besoin de le resserrer sans pour cela défaire le pansement. La position assise lutte efficacement contre les accès de dyspnée à forme asthmatique et la congestion pulmonaire qui sont si fréquents chez des malades obèses et emphysémateux.

Diète. — Pendant les jours qui suivront l'opération, une diète assez sévère doit être imposée aux malades ; on ne leur rendra les aliments solides que le plus tard possible

et qu'après avoir donné des aliments liquides pendant au moins dix jours.

Ceinture. — Dès le lever, on imposera au malade une ceinture de soutien pour le ventre. Les femmes que l'on a opérées sont habituellement obèses, et si le ventre n'est pas soutenu elles se retrouvent dans des conditions favorables à une récurrence. Cette ceinture devra être très large et assez serrée. M. L. Championnière conseille la modification suivante :

« J'ai l'habitude de faire garnir la partie médiane de la ceinture avec un petit coussinet peu épais, mais donnant à la courbe antérieure de la ceinture une forme différente de celle qu'elle aurait sans cela. En effet, si la ceinture est exactement concave, comme toutes les ceintures, elle forme en avant une sorte de godet dans lequel vient se loger la cicatrice, et qui prépare, en quelque sorte un creux pour faciliter le logement de la hernie qui pourra se faire si la surface rencontrée est convexe, elle soutient plutôt la cicatrice et reçoit le choc des viscères. »

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

CRITIQUE DES PROCÉDÉS.

Dans ce chapitre, nous passerons rapidement en revue les différents procédés qui ont été recommandés dans la cure radicale de l'omphalocèle depuis l'avènement de la chirurgie antiseptique.

Trois procédés de cure radicale ont été successivement proposés qui réalisent chacun un progrès indéniable sur celui qui le précède :

1° La suture des bords de l'orifice herniaire (procédé de Steele).

2° La ligature ou la suture du collet du sac avec ou sans extirpation du sac (procédé de Nussbaum).

3° La ligature ou la suture du collet du sac, avec suture des bords de l'orifice herniaire avec ou sans extirpation du sac (procédé de Czerny).

La critique à laquelle nous nous sommes livrés au début du chapitre précédent sur les indications opératoires auxquelles doit satisfaire la cure radicale nous dispensera d'insister plus longtemps sur ces procédés.

On peut voir aisément en se rapportant à ces indications

qu'ils sont tous plus ou moins incomplets, que tous laissent subsister des chances trop nombreuses de récidives.

Seul le procédé de Czerny contient en germes les principaux temps de l'opération telle que la comprend aujourd'hui la majorité des chirurgiens entr'autres, Ball qui résume l'opinion courante lorsqu'il dit : « L'opération la plus radicale qu'on puisse concevoir, la seule qui contienne les éléments les plus essentiels du succès est celle qui réunit l'extirpation du sac, la ligature du collet, et la suture des bords de l'orifice herniaire.

A l'heure actuelle, l'accord semble fait sur la nécessité de ces manœuvres réellement radicales qui doivent être exercées et sur la hernie et sur son orifice de sortie.

Des modifications de détail ont été apportées qui sont relatives au traitement du sac et de l'épiploon.

Nous ne ferons que citer la ligature élastique du collet du sac proposée par D. Mollière.

Pour éviter les dangers et les difficultés de la dissection du collet du sac, Czerny a proposé ce qu'il appelle la suture interne du collet du sac. Ce procédé pourrait être exceptionnellement indiqué si des adhérences faisaient craindre la blessure de l'intestin.

En voici la description rapportée par M. Segond (1).

« Ce mode d'occlusion du collet exige l'ouverture large du sac. Cette ouverture pratiquée, Czerny fait saisir avec des pinces les lèvres de l'incision du sac et les fait attirer au dehors pour voir le plus haut possible dans l'intérieur du collet, puis à l'aide d'une aiguille très recourbée, enfilée

1. In thèse d'agrégation, 1883.

d'un fil de catgut suffisamment long, il fait une suture à faufil dont chaque point attaque le collet par sa face interne et qui permet en tirant sur les extrémités libres du fil d'obtenir l'adossement des surfaces sereuses. »

Czerny dit avoir employé trois fois ce procédé.

L'un de ses opérés étant mort le cinquième jour de péritonite séptique, il a pu vérifier l'oblitération très exacte du collet du sac au niveau de l'orifice herniaire (1).

Ball a proposé de saisir le sac entre les mors d'un clamp et de le tordre. Il réunit ensuite les bords de l'anneau au moyen d'une suture qui traverse le pédicule tordu du sac.

D'autres opérateurs pour mieux assurer l'oblitération de l'orifice ombilical, fixent le pédicule du sac ou le pédicule épiploïque aux bords de l'orifice par une suture.

Agir ainsi c'est laisser, comme à plaisir, un élément de l'ancienne hernie et, par suite, une cause efficace de récurrence.

La fixation du pédicule séreux ou épiploïque au bord de l'orifice ombilical provoquant des adhérences à ce niveau, et une tension continue de l'épiploon devient l'origine de troubles douloureux immédiats, sans compter qu'en cas de récurrence des accidents toujours sérieux d'étranglement auront grande chance de se produire. L'opération outre qu'elle serait incomplète ne manquerait pas d'être dangereuse.

Pour toutes ces raisons l'idée d'utiliser l'épiploon ou le pédicule du sac comme moyen de défense de la paroi nous paraît devoir être totalement rejetée.

1. *Centralblatt für chirurgie*, 1883, p. 49.

Il n'y a pas longtemps encore W. H. Bennett, (1) de Londres, a proposé d'obturer l'orifice ombilical par un procédé qui lui appartient et qu'il décrit de la manière suivante : « Le sac est mis à nu et incisé largement; puis l'intestin est réduit après destruction préalable des adhérences qui peuvent l'unir au sac. Celui-ci, disséqué assez haut et réséqué jusqu'au niveau de l'anneau.

On choisit un lambeau d'épiploon, le reste de la masse épiploïque étant en partie réséqué, en partie rentré dans l'abdomen.

On passe ensuite aux quatre points cardinaux de l'orifice ombilical, et à une courte distance de ses bords quatre points de suture à travers les aponévroses et le péritoine et comprenant le lambeau épiploïque.

Après réduction et fixation du lambeau épiploïque sur le dos de l'anneau, les bords de celui-ci sont amenés au contact par des sutures profondes avec un fort fil de soie ou de catgut qui comprennent le péritoine.

L'opération est alors complétée par le rapprochement des bords de la plaie abdominale dans ses parties superficielles ».

D'après Bennett, les cas dans lesquels ce procédé peut être d'une grande utilité sont ceux où l'anneau est large et les bords de celui-ci si résistants que leur rapprochement ne peut être effectué qu'à l'aide d'une grande tension. La fixation d'un lambeau épiploïque empêcherait les bords de l'orifice de tirer chacun de leur côté en même temps qu'elle oblitère la dépression produite par le rapprochement des bords de l'aponévrose.

1. *The Lancet*, 1891, ü 1217.

Le bouchon épiploïque, en un mot, contrebalancerait les chances de récurrence du fait de cette dépression.

Il saute aux yeux que les prétendus avantages de ce procédé ne compensent pas les chances de récurrence auxquelles il expose. En effet, ce bouchon épiploïque, loin d'affermir la paroi en comblant l'orifice ombilical, donne une fausse sécurité, car il n'obture, en réalité, rien du tout. La récurrence qui a sa voie toute tracée est presque fatale, les conditions statistiques de la paroi abdominale n'étant modifiées qu'en apparence.

En raison de l'autorité qui s'attache au nom de son auteur, nous mentionnons un procédé que Lawson Tait a proposé pour éviter la kélotomie et qu'il appelle hernio-laparotomie. Lawson Tait pratique la laparotomie et prétend que dans le plus grand nombre de cas, sous l'influence d'une chloroformisation profonde qui relâche complètement les muscles de la paroi abdominale, il est possible de dégager l'intestin hernié par quelques tractions douces exercées sur lui à l'aide de la main. Rien ne serait plus simple ensuite que la fermeture du sac au moyen de sutures nouées sur la surface péritonéale.

Lawson Tait a guéri par ce procédé un grand nombre de hernies inguinale et crurale. Il ne l'a pas employé pour la hernie ombilicale.

M. Gillion, de Bruxelles, l'a appliqué une fois avec succès à la cure d'une hernie ombilicale chez une femme de quarante-neuf ans qui présentait des symptômes d'étranglement (1).

1. *La Clinique*. Bruxelles, 9 juillet 1891.

Comme le fait remarquer M. Gillion, *a priori* un semblable procédé fournira de bons résultats chaque fois qu'il s'agit d'une hernie récente qui n'a pas encore contracté d'adhérences ni à droite ni à gauche. Mais réussira-t-on à dégager les hernies vieilles et adhérentes ?

Et d'ailleurs s'il faut faire suivre la laparotomie par la kélotomie ordinaire où est l'avantage de la première intervention ?

Nous avons appelé l'attention avec insistance sur le rôle capital joué par une bonne cicatrice dans le maintien de la cure radicale.

L'attention se fixant sur ce point, différentes modifications surgirent à leur tour qui cherchèrent à augmenter la résistance de la cicatrice.

C'est dans ce but et pour assurer la réunion de l'anneau ombilical que Sanger, de Leipzig (1), préconise un procédé opératoire dont il attribue la paternité à Lawson Tait.

Il conseille non plus d'aviver l'anneau fibreux qui entoure la protusion ombilicale, mais de dédoubler cet anneau par une incision parallèle à la paroi abdominale de un centimètre environ de façon à constituer deux lambeaux superposés, l'un superficiel fibro-cutané, l'autre profond fibro-péritonéal. Il obtient de cette façon deux surfaces cruentées assez étendues qu'il adosse par deux plans de suture.

D'après l'auteur, les deux plans produiraient par leur réunion une cicatrice plus puissante que celle que l'on obtiendrait par « la suture des tissus fibreux et peu vas-

1. Sanger. *Zur Radicalopsation grosse Nicht eingklemelter Nabelbrüche in Centralblatt für gynækologie*. 5 juillet 1890.

culaires des bords même avivés de l'orifice ombilical. »

Sänger avait fait, au moment où il publia son mémoire sur la cure radicale de l'éventration ombilicale trois opérations de hernie ombilicale par ce procédé.

Sans vouloir rien préjuger des résultats dont le procédé pourrait ultérieurement se prévaloir, nous pensons que le tissu cicatriciel par suite de son extension en surface sera dans de très mauvaises conditions pour résister à la pression continue des viscères abdominaux ; d'où la possibilité d'une récurrence.

Et d'ailleurs pourquoi admettre que des lames de tissu aponévrotique assez peu vasculaires pour se réunir suivant les bords, se réuniront mieux en surface ?

Ce procédé très ingénieux présente, en outre, le grave inconvénient de prolonger par une manœuvre insuffisamment justifiée une intervention déjà assez laborieuse par elle-même.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans parler d'un nouveau procédé de cure radicale de l'omphalocèle, récemment proposé par M. Condamin, de Lyon, sous le nom d'omphalectomie (1).

Par ce mot, il faut entendre la résection en masse de tous les téguments de la hernie compris entre deux incisions latérales circonscrivant largement l'orifice ombilical. Cette résection doit être complétée par l'excision des lèvres de l'orifice empiétant jusque sur les bords des muscles droits.

1. De l'omphalectomie. *Arch. prov. de Chir.* 1^{er} septembre 1892.

Cette manière d'opérer présenterait, entre autres avantages, celui de faciliter les manœuvres de débridement du collet du sac, d'isolement de celui-ci, et de libération des adhérences. D'autre part, en régularisant parfaitement les lèvres de la plaie abdominale et en identifiant cette plaie à celle de la laparotomie, ces manœuvres permettront de pratiquer la suture à trois étages de la paroi, suture qui s'impose dans la cure de l'omphalocèle avec autant de rigueur que dans la laparotomie.

De l'aveu même de l'auteur, ce procédé de cure radicale est encore presque exclusivement théorique puisqu'il n'a été appliqué jusqu'ici que sur le cadavre.

Ce n'est que plus tard, alors qu'on pourra disposer de documents cliniques, qu'il sera possible d'émettre une opinion sur sa valeur.

Il serait, en vérité, très difficile de dégager une vue d'ensemble des différents procédés de cure radicale de l'omphalocèle que nous venons de passer en revue. Tous ces procédés, en effet, sont entachés d'un vice commun qui suffirait à lui seul pour les stériliser, nous voulons parler de leur exclusivisme.

Tous concentrent leurs moyens d'action sur un ou plusieurs termes de la solution, mais négligent d'autres termes dont l'importance n'est pas moindre au point de vue du maintien de la cure radicale, qui est le vrai but à atteindre.

« Les uns font la destruction de la séreuse et négligent la cicatrice. Les autres forment la barrière sans avoir, au préalable, fait disparaître la pente séreuse. Aucun ne se

préoccupe suffisamment de modifier les viscères de la hernie et de l'abdomen. »

Nous pensons donc, avec notre maître, qu'il faut résolument rejeter de la pratique tous les procédés qui n'obéissent pas aux trois conditions fondamentales de la cure radicale sur lesquelles nous avons tant de fois insisté. Il faut également rejeter les modifications proposées par Bennett, Lawson Tait et Sängér, en vue d'augmenter la solidité de la cicatrice ; nous avons vu qu'en réalité, elles vont toutes à l'encontre du but qu'elles se proposent. Mais, par contre, il est nécessaire de suivre une méthode générale qui accordera une importance égale, c'est-à-dire considérable à tous les temps de l'opération et à laquelle il sera toujours facile d'adapter chaque cas particulier.

Au moment d'entreprendre la cure radicale d'une hernie, quelle qu'en soit d'ailleurs le siège, il faut être pénétré de cette idée, qu'aucun détail dans cette opération n'est à négliger. Il faut savoir que la plus légère infraction commise autant dans l'antisepsie et le traitement du sac que dans la fermeture de la paroi et les soins consécutifs, suffit à faire échouer une opération qui semblait renfermer tous les éléments du succès.

Cette méthode générale dont nous proclamons la nécessité s'impose surtout dans la hernie ombilicale où les conditions anatomiques sont si dissemblables d'un cas à l'autre et où l'intervention peut être si complexe, ainsi que le prouvent les observations rapportées à la fin de ce travail.

CHAPITRE II

RÉSULTATS ET PRONOSTIC DE LA CURE RADICALE.

En lisant les observations ci-dessous relatées de cure radicale pour hernie ombilicale, on voit que, dans la majorité des cas, cette cure tentée a été vraie radicale.

Les suites opératoires ont toujours été simples. Grâce à une méthode antiseptique rigoureuse, on n'a observé ni douleurs, ni suppuration, ni accidents d'aucune sorte ; la température ne s'est pas élevée, en règle générale, au-dessus de la normale. Il en a été du moins ainsi dans les 14 opérations pratiquées par M. Lucas-Championnière suivant la méthode générale que nous avons exposée.

Presque toutes ces opérations ont été faites chez des malades véritablement infirmes dont l'état général était des plus mauvais par suite de hernies volumineuses, quelques unes même véritablement monstrueuses.

Dans tous ces cas, il s'agissait de hernies adhérentes, irréductibles, incoercibles, provoquant des crises nerveuses et rendant la marche et l'alimentation difficiles. Si nous ajoutons à cela des symptômes douloureux quelquefois insupportables, des troubles du côté des voies digestives caractérisés par des coliques, des nausées, des vomissements, de la constipation, tous phénomènes s'accompagnant souvent d'un certain degré d'affaissement moral,

nous aurons brièvement résumé la symptomatologie des hernies ombilicales qui font l'objet de nos observations.

Dans tous ces cas, réellement défavorables, qui semblent peu faits pour embellir une statistique, les résultats ont été sans exception aucune, des plus satisfaisants. Toutes les opérées ont guéri et si, pour quelques-unes d'entre elles, le résultat ne paraît pas répondre aux promesses de la cure radicale, cela tient à l'état précaire des malades qui étaient d'ailleurs, de par leur état local et leur état général, vouées à une mort prochaine.

Pour de plus amples détails, nous renvoyons aux observations consignées à la fin de ce travail. Nous voulons seulement résumer en peu de mots les résultats de l'opération pour les quatorze premières de nos malades revues pour la plupart, de quelques mois à cinq ans après l'opération.

OBS. I. — Suites immédiates excellentes. Malade non revue.

OBS. II. — Bonne cicatrice, malade non revue.

OBS. III. — Bonne cicatrice un mois et demi après l'opération. Malade non revue.

OBS. IV. — Pas de récurrence. Pas d'impulsion six mois après l'opération.

OBS. V. — Pas de récurrence plusieurs mois après l'opération.

OBS. VI. — Un an après l'opération tendance très peu marquée à la récurrence. Cinq ans après, excellent état général ; la très légère tendance à la récurrence notée quatre ans auparavant ne s'est pas accrue. Cicatrice solide.

OBS. VII. — Bon état local. Très légère tendance à la

partie supérieure de la cicatrice deux ans après l'opération.

OBS. VIII. — On observe un peu plus de deux ans après l'opération une petite tendance à la récurrence qui n'existait pas deux mois avant et qui est due aux accès de toux d'une bronchite.

OBS. IX. — Suites opératoires excellentes. Malade non revue.

OBS. X. — Suites opératoires excellentes. Malade non revue.

OBS. XI. — Revue deux mois et demi après l'opération, cicatrice solide.

OBS. XII. — Revue neuf mois et demi après l'opération. Cicatrice solide.

OBS. XIII. — Revue six mois après l'opération. Cicatrice solide.

OBS. XIV. — Revue six mois après l'opération. Guérison complète. Cicatrice solide.

Nous voyons que trois fois il y a eu récurrence et que douze fois les résultats se sont maintenus excellents jusqu'au jour où les opérées ont été perdues de vue. Nous disons récurrence là où d'autres moins difficiles se taient. Pour nous, en effet, l'impulsion la plus légère ressentie au niveau de la cicatrice constitue toujours une tendance à la récurrence. Examinons ces trois cas où la récurrence a eu lieu.

L'observation VI est celle d'une femme porteuse depuis 10 ans d'une hernie ombilicale irréductible, incoercible et douloureuse, et qu'on n'a pu dissuader de quitter l'hôpital 18 jours seulement après l'opération. La récurrence ou plutôt la tendance à la récurrence observée 5 mois après était dans

ce cas inévitable. La malade revue 5 ans après présentait un état local et général aussi satisfaisant que possible. La tendance à la récurrence ne s'était pas accrue. C'est là un résultat dont il faudrait plutôt se réjouir si l'on songe aux conditions détestables présentées par une cicatrice encore très jeune soumise à tous les efforts de la vie ordinaire bien avant d'avoir complètement évolué vers sa structure définitive.

Dans l'observation VIII nous notons une petite tendance à la récurrence survenant plus de deux ans après l'opération et vraisemblablement due à des efforts de toux. Cette complication qui est compromettre le résultat ultérieur de la cure radicale suffit à expliquer la tendance à la récurrence observée deux ans après l'opération. En effet, il est admis aujourd'hui, avec faits à l'appui, qu'une quinte de toux peut être la cause occasionnelle de la production d'une hernie.

Enfin l'observation VII, si intéressante à plus d'un titre, concerne une femme très obèse, emphysémateuse, présentant une des hernies les plus volumineuses qu'on ait jamais observées. L'état général était tellement mauvais qu'en tentant l'opération il y avait certes tout à gagner et rien à perdre. Eh bien, même dans ce cas où il semble qu'il s'agit d'une intervention faite *in extremis*, les suites de l'opération ont été excellentes de tous points, la malade sortait 39 jours après l'opération avec une très solide cicatrice soutenue par une ceinture abdominale à pelote large et très plate. On ne sentait pas trace d'impulsion. Voilà pour le résultat immédiat. Le résultat ultérieur n'est pas moins bon. La malade qui est marchande au panier a pu reprendre facilement son métier. Deux ans après, bien

qu'on constatât à la partie supérieure de la cicatrice une tendance à la récurrence, l'état local ainsi que l'état général étaient très satisfaisants. Sans le métier dur de l'opérée, il est à présumer que les résultats fussent restés plus complets.

La conclusion qu'on doit tirer des trois observations que nous venons d'analyser, c'est que les trois malades ont retiré de leur opération un très grand bénéfice.

Nous avons eu affaire chez eux à une cure palliative, si l'on veut, mais combien supérieure au résultat que nous aurait donné l'emploi du bandage.

« Comme le dit M. L. Championnière, on peut tirer bénéfice même d'une opération qui a échoué, le malade étant porteur d'une hernie réductible au lieu d'une irréductible; une hernie irréductible et difficile à contenir s'étant transformée en une hernie facile à maintenir dans l'abdomen. »

Pour les douze autres opérations; nous voyons des résultats qui se sont maintenus irréprochables jusqu'au dernier examen des malades.

Ceux-ci ont presque tous été revus à une époque variant de quelques mois à deux ans et plus après l'opération. Il y a tout lieu de supposer que la cure radicale se maintient puisque les malades sont restés plusieurs mois sans voir reparaître leur hernie, alors qu'ils ne portent pas de bandage. Ajoutons aussi que les opérés que l'on revoit sont presque toujours ceux qui ont intérêt à être revus c'est-à-dire ceux dont les résultats de l'opération laissent plus ou moins à désirer.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que

c'est surtout pour la hernie ombilicale que la cure radicale doit donner de bons résultats.

En 1886, M. Nicaise disait à la Société de Chirurgie : « Le mot de cure radicale est surtout exact pour les hernies ombilicales, car dans cette région on peut faire une large incision, réséquer l'anneau fibreux, et suturer les plaies aponévrotiques comme après une laparotomie », A l'appui de ses paroles, il présentait une malade qu'il avait opérée depuis un an et qui restait sans récurrence.

M. Berger, dans la *Revue des Sciences Médicales* (1888). s'exprimait ainsi : « Quant aux hernies épigastriques et ombilicales, lorsque l'ablation du sac est faite d'une manière très complète et qu'on y a joint l'avivement et la suture profonde de l'orifice herniaire, la cure a grande chance de se maintenir », à moins d'avoir affaire à des malades atteints de « diathèse herniaire » qui font à propos de rien des hernies à travers tous les orifices de la paroi aponévrotique, la cure radicale n'a pas de raison pour ne pas se maintenir s'il n'y a pas eu de faute opératoire commise et s'il n'y a pas eu de manque de réunion causée par une antiseptie insuffisante. Il en est ici de la récurrence comme de la hernie ventrale après la laparotomie où cette complication est une véritable rareté si l'on applique une technique opératoire appropriée sous le couvert d'une rigoureuse antiseptie.

Par contre, quand après la laparotomie, une partie de la plaie vient à se désunir et ne guérit que par seconde intention, on est presque sûr de voir une éventration à ce niveau (Terrier). Les faits de hernies épigastriques cités par M. Terrier au Congrès de chirurgie de 1886 et repro-

duits dans la thèse de son élève S. Bonnet, en 1887, confirment cette opinion. Dans tous les cas, en effet, où il y a eu suppuration de la plaie, il y a eu récurrence rapide.

Si nous recherchons maintenant quel est le pronostic de l'intervention, nous pouvons affirmer qu'il est très bénin.

M. Lucas-Championnière a opéré quatorze hernies ombilicales à peu près toutes dans de très mauvaises conditions « hernies énormes, très anciennes, avec des adhérences très étendues, et souvent des accidents très graves », toutes ses malades ont guéri sans exception.

M. Nicaise a présenté à la Société de Chirurgie une malade guérie depuis un an.

Depuis 1879, Sanger (de Leipzig) a pratiqué 29 fois la cure radicale pour hernie ombilicale adhérente ; un cas s'est terminé par la mort (1).

Dans ces dernières années MM. de Larabrie, Malherbe, Poisson, de Nantes, ont tenté sept fois la cure radicale pour hernie ombilicale. Ces chirurgiens se sont trouvés à maintes reprises en présence de grandes difficultés opératoires ; ils ont eu 7 succès. Si nous ajoutons à ces 51 cas, 14 cas empruntés aux littératures médicales anglaise et française, nous avons un total de 65 cas. La statistique, on le voit, est excellente ; un seul cas de mort sur 65 opérations, c'est-à-dire une mortalité de 1,5 pour 100. Il faut avouer que c'est là un résultat auquel on désirerait voir atteindre beaucoup d'autres opérations abdominales.

1. Gaston. Th. de Paris, 1892.

Combien plus basse serait cette mortalité si l'on s'habituaît à opérer les hernies alors qu'elles sont encore de petit volume, bien avant le début des accidents et non pas à une époque plus ou moins éloignée de ce début.

Nous terminerons par les lignes suivantes de notre excellent maître, M. Lucas-Championnière : « Je suis absolument convaincu que sans la mauvaise réputation de la hernie ombilicale, sans la persistance avec laquelle la plupart des médecins détournent les malades de se faire opérer, on aurait, avec les hernies de moyen volume, les succès les plus constants. On serait maître, en quelque sorte, de détruire cette infirmité qui empoisonne la vie de bien des femmes et contribue puissamment à les mener à une mort prématurée. »

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Toutes les hernies ombilicales sont-elles justiciables de la cure radicale? Dans quels cas doit-on pratiquer ou repousser l'opération? En un mot, quelles en sont les indications et les contre-indications? Tel sera l'objet de ce chapitre.

Au point de vue de l'intervention on a longtemps distingué deux espèces de hernies ombilicales : 1^o Ces petites hernies pour lesquelles il faut préférer l'expectation avec les bandages, la gravité de l'opération paraissant hors de proportion avec celle de la maladie; 2^o Les hernies de moyen et de gros volume qui réclament la cure radicale.

A notre avis, cette indication tirée du volume de la hernie ne doit pas subsister. Si en effet, les symptômes digestifs et douloureux sont d'ordinaire en rapport direct avec le volume de l'omphalocèle, d'autres fois, au contraire, des troubles fonctionnels très graves peuvent accompagner des hernies ombilicales de petit volume, telle est l'observation citée par M. Duplay d'une jeune femme qui pendant 3 ans avait reçu plus de 300 sangsues sur l'estomac, pour une petite hernie située au fond de l'ombilic et qui fut au bout de ce temps reconnue par Marjolin (1).

1. Duplay. Thèse d'agrég., 1886.

D'autre part, il faut reconnaître que la cure radicale des hernies ombilicales volumineuses, quoiqu'ayant donné constamment de bons résultats, présente de sérieuses difficultés ; elle nécessite pour être menée à bien l'expérience d'un chirurgien rompu aux difficultés de la chirurgie abdominale.

Telle est l'opinion de M. Lucas-Championnière et de M. Berger. « L'opération de la cure radicale des grosses hernies ombilicales, dit ce dernier, est souvent difficile, parfois même impossible à mener à bien à cause des adhérences qui unissent non seulement l'épiploon mais le côlon transverse et son mésocôlon au sac et au pourtour de l'anneau ombilical » et il ajoute : « On ne saurait poser en règle générale l'opération des grosses hernies ombilicales irréductibles, elle présente trop de difficultés dans son exécution pour qu'on puisse l'entreprendre dans les conditions où elle se présente le plus souvent, c'est-à-dire chez des femmes très grasses et ayant déjà dépassé la période moyenne de l'existence ». Toutes ces considérations, venant de chirurgiens autorisés, prouvent l'utilité incontestable qu'il y aurait à opérer les hernies ombilicales alors qu'elles sont encore petites, qu'elles ne renferment que peu d'épiploon, que les adhérences sont encore peu développées. Et cependant nombre de chirurgiens hésitent à faire la cure radicale d'une hernie de petit volume. Pour quelle puissante raison préfèrent-ils une temporisation qui ne peut être que dangereuse pour le malade ? C'est qu'ils espèrent quelque chose du bandage ombilical.

Il nous faut dire quelques mots du bandage que l'on a si souvent et jusqu'en ces derniers temps mis en parallèle

avec la cure radicale dans le traitement de la hernie ombilicale. Nous pensons que le bandage employé dans cette variété de hernie n'est qu'une illusion thérapeutique, en tout cas chez l'adulte, car il n'en est pas de même chez l'enfant. Pendant les premiers mois ou les premières années de la vie, l'anneau ombilical n'étant pas suffisamment revenu sur lui-même, la cicatrice ombilicale peu solide encore permet aux viscères de franchir les limites de l'anneau sous la poussée des cris et des efforts de toutes sortes. Nous savons que la rétraction de l'anneau n'est complète que huit à douze semaines après la naissance, d'après Bérard, trois ou quatre mois suivant Richet. Pour peu qu'un léger bandage vienne en aide à cette rétraction naturelle de l'anneau la hernie ombilicale du jeune enfant marchera vers la guérison spontanée. C'est le triomphe du bandage.

Il est loin d'en être de même chez l'adulte. Chez lui, lorsque la hernie ombilicale se produit, la cicatrice ombilicale a acquis depuis longtemps toute sa solidité. L'anneau ombilical ne peut plus que s'élargir et le seul service qu'on puisse demander au bandage est celui de maintenir la hernie réduite et de s'opposer à son accroissement. Or, ce rôle simplement palliatif, le bandage est encore incapable de le jouer.

Si l'on tient compte de la mobilité exagérée de la paroi abdominale, de l'obésité ordinaire des malades atteints d'omphalocèle, et de la rapidité désespérante avec laquelle le bandage se déplace, on s'explique la facilité de sortie qui est offerte aux anses intestinales par un anneau dilaté.

Les conséquences forcées de tous ces défauts du bandage sont une contention incomplète permettant d'abord l'accroissement de la hernie, ensuite la production d'adhérences et la formation dans les loges du sac de hernies secondaires qui peuvent devenir une source de dangers pour le malade.

Les adhérences épiploïques au voisinage de l'anneau sont fréquemment causes qu'une hernie parfaitement réductible en apparence, résiste à tous les bandages ; cela tient à ce que la portion d'épiploon adhérente au collet du sac et irréductible est pressée par le bandage, non sans douleurs et sans inconvénients.

Les douleurs fréquemment observées à la suite du bandage ne reconnaissent pas d'autre cause, elles le font abandonner rapidement ou du moins contribuent à en rendre l'emploi intermittent, ce qui équivaut à son abandon.

D'autre part, la compression exercée sur l'épiploon l'immobilise au niveau de l'anneau, l'épaissit, l'indure, l'hypertrophie et contribue pour beaucoup à la production d'adhérences dans le sac, adhérences qui deviendront un jour ou l'autre la cause d'un étranglement.

Notons, en terminant, qu'il est certaines hernies ombilicales sur lesquelles le bandage ne peut rien, nous voulons parler de ces hernies douloureuses qui ne peuvent supporter le moindre contact sans qu'on sache exactement la cause de cette intolérance.

Nous dirons donc que, chez l'adulte, la thérapeutique des hernies ombilicales par le bandage est absolument illusoire. Le meilleur bandage ne vaut rien et l'on voit souvent des accidents d'engouement et d'étranglement se

reproduire sans cesse chez des malades porteurs de bandages les plus perfectionnés. D'autre part, si l'on se rappelle les difficultés que présente la cure radicale quand la tumeur ombilicale atteint de fortes proportions, on trouvera toujours dans ces deux considérations les indications nécessaires et suffisantes pour intervenir le plus vite possible.

Nous pourrions donc, à la rigueur, nous dispenser de rechercher d'autres indications, quoi qu'il en existe, qui militent particulièrement en faveur d'une intervention opératoire rapide.

Nous voulons seulement parler de ces complications graves dont s'accompagnent à la longue les hernies ombilicales.

M. Lucas-Championnière a souvent observé chez les malades porteurs de hernies volumineuses un ralentissement considérable des échanges nutritifs.

L'urine de ces malades contient tantôt de l'albumine, tantôt du sucre, tantôt seulement une notable diminution de la quantité d'urée excrétée. Ce sont là autant de preuves que la lésion locale retentit profondément sur l'état général du sujet. Cet état s'améliore dès que la hernie ombilicale est supprimée.

L'emphysème pulmonaire a aussi été fréquemment observé. « On peut dire que sans exception tous les sujets atteints de hernie ombilicale de quelque durée sont atteints d'emphysème pulmonaire. La dyspnée et la toux sans cesse renouvelée contribuent pour leur part à l'accroissement de la hernie. Le hernieux atteint d'emphysème étant

ainsi enfermé dans un cercle vicieux : la hernie lui interdisant le mouvement et l'hygiène nécessaire pour guérir ou s'améliorer. Leur toux et leur obésité toujours croissantes augmentent les proportions de leur hernie et engendrent des accidents de plus en plus graves. »

Ces troubles si graves ne sont-ils pas une indication de plus à la cure radicale qui seule pourra les faire cesser ?

Il existe cependant pour la cure radicale certaines contre-indications qu'il nous reste à examiner.

En premier lieu, l'âge. Nous avons vu que chez les jeunes enfants, la hernie ombilicale a une tendance naturelle à la guérison spontanée, chez eux donc l'opération est formellement contre-indiquée à moins d'accidents herniaires précoces. La même contre-indication existe pour les malades d'un âge trop avancé ; il ne faut toutefois pas oublier que la sénilité n'est pas toujours en rapport avec l'âge. Un tel est plus jeune à soixante ans que tel autre à quarante.

Sur 31 observations où l'âge est noté nous voyons que les malades avaient dans un cas 70 ans, dans un autre plus de 60 ans, 5 fois plus de 50, 11 fois plus de 40, 9 fois plus de 30, 3 fois plus de 20, 1 fois plus de 10 ans. L'âge avancé n'est donc une contre-indication qu'en tant qu'il s'accompagne d'une santé débile.

Il faut se garder de faire la cure radicale chez les grands cachectiques, albuminuriques, diabétiques, phthisiques, et, en général, chez tous les malades atteints d'une déchéance profonde de l'organisme, que cette déchéance soit profondément établie ou seulement passagère. Il va sans dire qu'un malade atteint d'une affection aiguë des voies respiratoires ne doit pas être opéré ; le chirurgien doit, dans

ce cas, différer l'opération ; il doit, en d'autres termes, choisir son moment.

En résumé, la principale cause de l'obstention sera le mauvais état général du malade, à quelque âge que cet état se manifeste.

Signalons en terminant certains malades dont la constitution est par elle-même une contre-indication à toute cure radicale. Nous voulons parler de ces hernieux qui font à propos de rien des hernies par tous les orifices de leur paroi abdominale. On n'obtient rien de l'intervention chez de pareils sujets atteints de ce qu'on a appelé « la diathèse herniaire ».

On voit qu'en somme la cure radicale n'est formellement contre-indiquée que chez un petit nombre de sujets.

Dans tous les autres cas, ne pas opérer, c'est laisser les malades en proie à une infirmité toujours pénible et fréquemment cause d'accidents de toutes sortes qui mettent en danger la vie du sujet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Hernie ombilicale-épiploïque adhérente gros volume. Cure radicale.
Guérison. Par M. Lucas-Championnière.

La femme G..., couturière, âgée de 37 ans, a eu deux enfants. Sa santé générale est bonne ; elle n'est pas sujette aux bronchites, elle a un peu d'embonpoint.

Cette femme porte une hernie ombilicale depuis 18 mois, époque où eut lieu son dernier accouchement. A plusieurs reprises elle a ressenti de très vives douleurs au niveau de sa hernie.

Ces douleurs ont quelquefois été accompagnées de crises nerveuses.

La tumeur a augmenté progressivement de volume, surtout dans ces derniers temps malgré le port continuuel d'un bandage depuis six mois.

La malade entre le 22 janvier 1892 à l'hôpital Saint-Louis, salle d'isolement, n° 21, et est opérée de la cure radicale le 14 avril.

A ce moment, la tumeur grosse comme une orange est légèrement tendue et de consistance mollassse donnant la sensation d'un contenu surtout épiploïque.

La peau est saine à ce niveau.

L'incision de l'enveloppe herniaire ne présente aucune particularité.

L'ouverture du sac porte sur un point adhérent dont la dissection est assez laborieuse. Il n'y avait pas d'intestin dans le sac.

L'épiploon est ligaturé avec 10 fils de catgut doubles, puis réséqué. La partie réséquée pèse 423 grammes. La réduction du pédicule épiploïque est faite à travers l'anneau ombilical qui présente des dimensions presque normales. On procède ensuite à la libération du sac qui se fait assez facilement.

Sutures nombreuses au catgut sur le plan aponévrotique profond.

Huit points superficiels au crin de Florence. Drainage. Suites simples. La malade sort à la fin du mois de mai présentant une bonne cicatrice. Pas d'impulsion à la toux.

OBSERVATION II (personnelle).

Hernie ombilicale adhérente, irréductible, très volumineuse. Entéroépilocèle. Formation ancienne. Cure radicale par M. Lucas-Championnière.

La femme C... Augustine, concierge, âgée de 48 ans, est atteinte d'une hernie ombilicale grosse comme une tête d'adulte environ. Cette hernie a débuté il y a 18 ans à la suite d'un accouchement. Pendant 17 ans, la tumeur herniaire a pu sous la pression manuelle rentrer dans l'abdomen ; depuis trois mois, ses dimensions ont considérablement augmenté. Elle est devenue irréductible.

La malade ressent de vives douleurs au niveau de la tumeur. L'alimentation est difficile et la marche est pénible.

L'examen des urines ne permet de constater ni sucre ni albumine.

La peau qui recouvre la hernie est saine, quoique amincie.

La malade entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle d'isolement, n° 7, le 21 mai 1892 est opérée de la cure radicale le 16 juin suivant.

Grande incision verticale sur la peau.

On tombe sur deux sacs successifs.

Le premier sac contient de l'intestin grêle avec une quantité assez volumineuse d'épiploon dont on résèque 272 grammes avec 8 fils de catgut doubles placés sur le pédicule.

Le deuxième sac ne contient que de l'intestin grêle.

L'intestin est assez adhérent au sac dont on ne parvient à le libérer qu'avec beaucoup de difficultés. Le sac est ligaturé avec 6 fils de catgut doubles, pédiculé, et le pédicule est réintégré dans la cavité abdominale. Résection d'un lambeau cutané, fermeture de la paroi avec trois étages de ligatures superposés.

5 catguts sur un premier plan.

7 catguts sur un deuxième plan.

7 crins de Florence superficiels.

Drainage. Durée de l'opération, 1 h. 50. Suites simples. La malade quitte l'hôpital le 16 juillet avec une bonne cicatrice. Ceinture abdominale.

OBSERVATION III (personnelle).

Hernie ombilicale ancienne. Réductible; assez volumineuse. Entéro-épiplocèle. Cure radicale. Guérison. Par M. Lucas-Championnière.

M^{me} B... Louise, journalière, entre à l'hôpital saint Louis, salle d'isolement, n. 4, le 14 janvier 1892.

Elle présente une hernie ombilicale qui est apparue il y a 10 ans à la suite d'une couche. Sa hernie a toujours été réduc-

tible. Malgré l'usage continuuel d'un bandage, la tumeur ombilicale s'est accrue peu à peu au point qu'elle atteint aujourd'hui la grosseur de deux poings d'adulte réunis. La tumeur est sonore à la percussion, elle est allongée dans le sens vertical et remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilie.

L'état général est excellent. Pas de douleurs. Pas de troubles digestifs.

La cure radicale est pratiquée le 14 février 1892. Incision verticale de la peau.

A l'ouverture du sac, l'épiploon se présente recouvrant une anse intestinale.

Cette anse est mise à découvert et refoulée dans l'abdomen sans débridement et sans difficulté sérieuse.

On libère complètement l'épiploon. Le pédicule épiploïque est ligaturé. On résèque 247 grammes d'épiploon puis le pédicule épiploïque est réintégré dans l'abdomen après hémostase.

Réséction d'un lambeau cutané abondant.

4 catguts doubles sur le sac.

10 catguts sur la paroi.

15 crins superficiels.

Drainage.

Durée de l'opération : 1 h. 34 minutes.

Chloroforme employé : 115 grammes.

Suites excellentes. Sort au bout de 21 jours. La malade est revue un mois et demi après sa sortie. La cicatrice est très solide. Pas d'impulsion à la toux. Ceinture abdominale.

OBSERVATION IV

Mad. B..., entre à l'hôpital Tenon, le 17 juillet 1886, salle Richard Wallace, n° 12. Hernie ombilicale présentant une disposi-

tion des plus singulières. Cette femme souffrait constamment et beaucoup dans la région ombilicale au point de ne pouvoir ni marcher ni travailler. Il y avait beaucoup de gonflement dans cette région ou pour mieux dire de l'empâtement.

Au milieu du tissu cellulo-grasieux on reconnaît avec peine une petite hernie ombilicale au-dessus de laquelle s'étale une masse dure qui a l'air de se continuer avec la paroi. Il semble qu'il y ait là une sorte de hernie interstitielle.

La malade souffre beaucoup de cette hernie. Constipation. Coliques. Elle n'a pas actuellement d'arrêt des matières, mais elle est souvent prise de vomissements.

Cette femme n'a jamais eu d'arrêt des règles, et pour la première fois en arrivant à l'hôpital ses règles sont supprimées. Cela mène à retarder une opération. Puis comme il devient constant qu'il ne s'agit que d'une coïncidence, que l'on assiste au début de la ménopause, l'opération est faite.

Le 4 septembre 1886, après 45 jours de séjour à l'hôpital qui ont permis de l'examiner souvent, le diagnostic de la lésion paraît à peu près impossible. M. Championnière suppose une hernie interstitielle ayant glissé dans les parois de l'abdomen, probablement par plusieurs orifices, et adhérente en des points multiples.

Le repos a calmé les douleurs, mais aussitôt que la malade se remet à marcher les douleurs reparaissent. Au premier coup de bistouri, on tombe sur de l'épiploon adhérent à un sac ombilical peu volumineux, de la grosseur d'une noix. L'épiploon très adhérent, en quelque sorte fusionné avec la paroi, est péniblement détaché.

Au-dessous et dans le ventre même, rattachée à cette petite hernie, on trouve une masse épiploïque intimement adhérente à la paroi. Cette masse forme une sorte de sac dans l'intérieur duquel des anses intestinales sont intimement adhérentes.

Outre ces anses intestinales, il y en a de mobiles qui pénètrent dans le sac. Le détachement de ce sac épiploïque de la paroi et de son contenu est extrêmement laborieux.

L'épiploon est réséqué avec soin par de nombreux fragments séparés. Les anses intestinales sont nettoyées avec beaucoup de soins. La paroi est refermée par une série de points profonds, comprenant le péritoine avec crin de Florence.

Autant de points superficiels sont placés pour empêcher le plissement de la peau. Tout le petit sac et une portion de la peau ont été réséqués. Pansement à l'iodoforme et au benjoin. Ouate et bande de flanelle comme pour l'ovariotomie.

Opération longue. Chloroformisation assez difficile. Pansement après huit jours.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Cette malade opérée le 4 septembre 1886, sortie en bon état le 29 octobre suivant, a été revue six mois plus tard. L'état local était excellent et l'état général était profondément modifié. C'était un retour complet à la santé très gravement altérée au moment de l'opération.

OBSERVATION V

M... Ambrosine, domestique, 50 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, n° 10, le 19 janvier 1887.

Hernie ombilicale datant de 3 ans. N'a jamais eu d'enfants. Très obèse. Etat général détestable. Troubles digestifs très douloureux. Vomissements fréquents. Abattement. Etat très grave depuis quelque temps.

Opération le 20 janvier 1887.

Excision d'une portion considérable de l'épiploon et du sac. Adhérences épiploïques très étendues. Dix sutures péritonéales au catgut.

Drainage d'un énorme infundibulum.

Durée de l'opération, 2 heures.

La malade quitte l'hôpital le 15 mars 1887, 25 jours après l'opération. Elle porte une ceinture à pelote. La guérison a été contrariée par une petite escharre à la fesse. Les troubles gastro-intestinaux ont complètement disparu. L'état général est excellent. La solidité de la paroi est parfaite. La malade est revue plusieurs mois après.

Aucune tendance à la récurrence.

OBSERVATION VI

B... Rosalie, charbonnière, 38 ans, entre le 24 juin 1887, à Saint-Louis-Barraques, n. 21. Hernie ombilicale datant de 10 ans. Pas d'enfants. Jamais de réduction. Irréductible et incoercible. Tumeur sus-ombilicale de moyen volume. Dououreuse. Vomissements fréquents.

Sac mince doublé de graisse et contenant de l'épiploon adhérent. Dissection du sac pour placer deux fils enchevêtrés sur le collet.

Hémorrhagie après la section nécessitant l'ouverture large de la cavité abdominale.

Intestin adhérent au voisinage. Hémostase 8 sutures au catgut sur le péritoine. 16 sutures superficielles. Il y a un infundibulum profond entre les parties superficielles et profondes.

Drainage. Durée de l'opération : 1 heure 55 minutes.

Chloroforme anesthésique employé : 90 grammes, guérison sans accidents. Sort beaucoup trop tôt le 18 juillet, c'est-à-dire 18 jours après l'opération. On apprend en mai qu'elle avait une tendance à la récurrence et des douleurs au niveau de la cicatrice. Revue en juin 1888, c'est-à-dire un an après. Ten-

dance peu marquée à la récurrence. La malade est revue le 27 août 1892, cinq ans après l'opération. La cicatrice est toujours aussi solide, les douleurs observées en juin 1888 ont disparu. La très légère tendance à la récurrence ne s'est pas accrue. L'état général est aussi satisfaisant que possible.

OBSERVATION VII

Le 11 juillet 1887, entre à Saint-Louis, Barraquements, n. 13, la nommée B... Augustine, 51 ans, marchande des quatre-saisons (vendeuse au panier), atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale. Obèse. A eu 8 enfants. La hernie se produisit 7 ans après son dernier accouchement. Un bandage ne put l'empêcher d'augmenter peu à peu de volume, de devenir irréductible et de causer des douleurs et des vomissements.

Le jour de l'entrée la malade présente une tumeur énorme à la partie supérieure de l'ombilic qui se trouve à en faire partie.

Cette tumeur mesure 78 centimètres de tour à la base, sa hauteur est de 31 centimètres. La circonférence de la malade en passant au sommet de la tumeur est de 1 m. 47. Au niveau de l'ombilic, il existe de l'intertrigo, un peu au-dessus une ulcération sanieuse causée par la pression du bandage. Etat général bon. Emphysémateuse. Elle est de petite taille et pèse 105 kilos.

Cure radicale le 12 juillet 1887.

Incision de la peau et du sac qui contient des viscères de toutes sortes. L'orifice sus-ombilical est très grand, l'épiploon épais et adhérent en plusieurs points. On s'aperçoit bientôt que le sac renferme encore une portion d'estomac, presque tout le colon transverse, et un mètre environ d'intestin grêle.

Résection de l'épiploon avec 21 paires de fils de catgut.

Résection du sac avec quatre paires de catgut et par dessus on place huit sutures perdues au catgut pour fermer l'orifice abdominal et trois autres surajoutées, destinées à appliquer la paroi fibreuse contre elle-même, pour défendre la fermeture séreuse.

Suture de la peau avec cinq crins de Florence profonds et dix-huit superficiels. Gros drain laissé dans la plaie au-dessous de la peau et au devant de la cicatrice de la paroi abdominale fibro-musculaire. Durée : 2 heures 30, chloroforme : 125 grammes. La malade sort en bon état le 20 août, c'est-à-dire 39 jours après l'opération, avec une ceinture à pelote large et très plate. Cicatrice solide. On ne sent pas trace d'impulsion. Elle reprend son dur métier.

Epiploon enlevé : 573 grammes.

Sac enlevé : 190 grammes.

Peau réséquée : 48 grammes.

Cette femme a été revue en 1890. Elle avait à la partie supérieure de la cicatrice un point faible où l'on sentait l'impulsion intestinale.

Bien qu'exerçant un métier manifestement trop violent pour elle, elle restait dans un état satisfaisant au point de vue de la solidité des parois.

Les suites de l'opération ont donc été bonnes. La malade a pu reprendre son métier de marchande au panier. Deux ans plus tard elle avait une tendance à la récurrence, mais son ventre soutenu par une ceinture ne la gênait pas trop. Si elle n'eût pas fait un métier si pénible les résultats fussent restés plus complets ; mais tels qu'ils étaient, ils restaient encore très satisfaisants.

OBSERVATION VIII

Mad. H..., couturière, 37 ans, entre à Saint-Louis, salle d'Isolément, n. 4, le 21 mai 1889. Porteuse d'une hernie ombilicale volumineuse datant de deux ans, irréductible depuis deux mois. Bandage.

Opération le 23 mai. — Incision oblique. Sac épais. Adhérences de l'intestin grêle, de l'épiploon et du gros intestin. Réduction. Six catguts sur le pédicule. Un drain.

Sort le 15 juin, c'est-à-dire 23 jours après l'opération, avec une ceinture à plaque ombilicale. Ulcération au niveau du drain.

Revue le 23 août 1889, en très bon état.

Revue le 22 avril 1891. Petite tendance à la récurrence. Tousse beaucoup.

OBSERVATION IX

G... Anna, 21 ans, polisseuse, entre le 11 septembre 1889 à Saint-Louis, salle d'Isolément, n. 6.

Hernie sus-ombilicale datant de 4 ans apparue à la suite d'une grossesse.

Depuis trois mois douleurs vives.

Opération le 16 septembre.

Incision oblique. Sac graisseux contenu avec l'épiploon, mince. Dissection.

6 fils en 3 paires, 2 catguts entrecroisés sur l'orifice, 5 crins. Durée : 45 minutes. Chloroforme : 65 grammes. Suites simples, sans douleurs. Sort le vingt-deuxième jour.

OBSERVATION X

P... Zénobie, cuisinière, 46 ans, entre le 6 novembre 1890 à Saint-Louis. Isolement n. 24. Hernie ombilicale volumineuse depuis 20 ans. Suite de couches. Douleurs. Vomissements. Diarrhée. La tumeur est irréductible. Femme obèse.

Opération le 13 novembre. Incision verticale. Sac avec épiploon et côlon transverse. L'épiploon formant sac est détaché difficilement, 6 paires de catgut sur l'épiploon.

Poids de l'épiploon réséqué : 482 grammes.

16 crins. Drainage. Durée de l'opération : 45 minutes. Chloroforme : 80 grammes. Suites simples. Un peu d'ictère et de dépression. Sort le 11 décembre, c'est-à-dire au bout de 29 jours en bon état.

OBSERVATION XI

M^{me} N..., 36 ans, Neuilly. Opérée en juin 1889.

Hernie ombilicale de moyen volume, partiellement irréductible. Résection d'une portion considérable de l'épiploon, 12 catguts en six groupes sur l'épiploon. Fermeture de l'anneau par plusieurs catguts. Sutures superficielles. Drainage.

On apprend en février 1892 (2 ans et 8 mois après l'opération) que la guérison se maintient et que la cicatrice est très solide.

OBSERVATION XII

G... Caroline, concierge, 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle d'Isolement, n° 23, le 9 mai 1891, porteuse d'une hernie

ombilicale, datant de 15 ans. Volume d'une tête de fœtus. Sonore. A eu un accouchement. Souffre depuis trois ou quatre ans.

Opération le 28 mai 1891.

Grande incision verticale. Epiploon adhérent de toutes parts. Dissection très laborieuse des intestins. Epiploon réséqué : 412 grammes.

Sac ligaturé avec 4 catguts enchainés.

12 sutures perdues, 7 crins superficiels, un drain. Durée de l'opération : 1 h. 20 minutes.

Chloroforme employé : 120 grammes.

Opération très laborieuse. Tendance à l'asphyxie pendant l'opération.

Suites simples. Sort au bout de un mois et demi (11 juillet 1891), malade revue en très bon état en février 1892 (9 mois après).

OBSERVATION XIII

M^{me} B... Sophie, couturière, 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle d'Isolement, le 29 juin 1891, porteuse d'une hernie ombilicale, quatre couches, la dernière il y a 8 ans très laborieuse.

Opérée le 30 juillet.

Incision verticale. Sac épais aréolaire.

Epiploon très adhérent, réséqué (95 gr.) avec 6 fils de catgut doubles, neuf catguts sur le pédicule du sac et les parois fibreuses.

Onze crins. Durée de l'opération, 1 h. 25 minutes.

Chloroforme employé, 90 grammes.

Sort en très bon état au bout de un mois 1/2.

Aucune impulsion.

La malade est revue le 9 janvier 1892 (6 mois après). La guérison se maintient et la cicatrice est très solide et soutient bien le choc des viscères abdominaux.

OBSERVATION XIV

M. S..., giletière, 41 ans, entre le 7 juillet 1891 à Saint-Louis, salle d'Isolement n° 12. Hernie ombilicale datant de 15 ans, consécutive à une couche. Douleurs de chaque côté du ventre depuis cette couche. Incision sur l'ombilic. Epiploon réséqué (32 gr.).

Ablation des annexes de chaque côté.

Ovaires énormes et trompes oblitérées.

Adhérences, 3 soies.

Fermeture du sac par une série de catguts, suturés par places superposées.

Durée de l'opération : 1 heure

(Chloroforme employé : 75 grammes.

Les deux opérations ont été faites par deux incisions différentes. Le 17 février suivant (6 mois après) la solidité de la cure radicale est parfaite.

OBSERVATION XV

Mitchell Roofcroft (Lancet, 2 août 1884).

Marguerite C..., 14 ans (hydrocéphalie, rachitisme, kératite chronique).

Hernie ombilicale depuis dix ans plus grosse qu'une noix de

coco couverte d'ulcérations secrétant du pus de mauvaise nature, partiellement réductible.

Purgatifs, repos au lit, pansement des ulcérations avec l'iodyforme.

Le 20 mars 1884, on fait sur la tumeur deux incisions semi-elliptiques, se rejoignant en haut et en bas, et circonscrivant toutes les ulcérations. Ouverture du sac. Excision de la peau comprise entre les incisions avec la face antérieure du sac adhérente. L'épiploon irréductible est libéré et réduit. On transfixe, à l'aide d'une aiguille armée d'un fil de cuivre, un des côtés de l'anneau ombilical, à 1 centimètre environ de son bord; l'aiguille traverse ensuite les deux parois opposées du collet du sac; puis, de dedans en dehors, le bord de l'anneau de l'autre côté. Quatre sutures métalliques furent ainsi posées et solidement nouées; les extrémités sont ramenées dans l'axe de la plaie. Drainage de la plaie dans toute sa longueur. Sutures superficielles avec le catgut phéniqué. Un peu de fièvre le lendemain de l'opération. Le 24 mars, la plaie est réunie sur plusieurs points par première intention. Le drain est enlevé.

Température normale. Le 13 avril, la plaie est légèrement élargie, sous le chloroforme, au point où sortaient les chefs des sutures profondes. Celles-ci sont coupées et enlevées.

Le 20 mai. — Cicatrisation complète.

OBSERVATION XVI

Lediard (*Lancet*, 30 août 1884).

Femme de 20 ans, accouchée récemment. Hernie ombilicale depuis six ans. La tumeur puriforme avait le volume du poing, contenait de l'épiploon et de l'intestin. Le 14 juillet 1884, inci-

sion de la peau et ouverture du sac. L'épiploon, adhérent au sac, est libéré, puis lié et réséqué. Le pédicule est réuni aux bords de l'anneau avec le catgut. Dissection et extirpation du sac. Excision de la peau en excès. Réunion des lèvres de la plaie par quelques points de suture. Drainage. Cicatrisation au bout de deux semaines.

OBSERVATION XVII

Mitchell Banks (*Méd. Times*, 19 juillet 1884).

Femme, 35 ans. Immédiatement au-dessus de l'ombilic, on observait deux tumeurs assez exactement semblables à deux volumineuses mamelles. Elles avaient un collet commun, mais le sac était partagé en deux lobes par une bride fibreuse. Toutes les deux contenaient de l'intestin, celle de gauche contenait, en outre de l'épiploon. Cette dernière tumeur était recouverte par une peau ulcérée, et véritablement transformée en tissu cicatriciel. La malade ennuyée de sa triste situation demandait la cure radicale. Opération: Incision superficielle sur la tumeur du côté gauche.

Le sac était si adhérent à la peau que son isolement était impossible.

Le côlon transverse fut péniblement libéré, et, dans cette manœuvre, on pratiqua sur lui une ouverture qui admettait l'extrémité du petit doigt. Les bords de la perforation furent retournés en dedans, suturés avec le catgut, et l'intestin fut réduit. L'épiploon fut disséqué, divisé en plusieurs tronçons, lié et réséqué.

L'opération fut plus facile du côté droit.

La tumeur contenait de l'intestin grêle légèrement adhérent

au sac ; il fut libéré et réduit. Le collet commun fut suturé, puis incisé, et les lèvres de l'incision furent également suturées.

Excision d'un vaste lambeau de peau ; le reste fut solidement réuni. La malade souffrit beaucoup du choc ; l'opération avait duré près de deux heures.

Glace et opium pendant quelques jours afin d'éviter la désunion de la perforation intestinale qui avait été suturée.

Le malade guérit deux ou trois mois après l'opération ; son état est très satisfaisant. Elle portait une ceinture abdominale.

OBSERVATION XVIII

Hernie ombilicale non étranglée. Cure radicale. Guérison.

Th. Barrier. Obs. I.

Adèle B..., lingère, 45 ans. Salle Chassaignac, n. 8. Laënnec.
Pas d'antécédents héréditaires. Son père est mort à 81 ans, sa mère à 70 ans. Une de ses sœurs est morte phthisique.

Pas de maladies dans son enfance.

A 23 ans, accouchement laborieux ; enfant mort-né.

A 28 ans, variole.

A 29 ans, elle fit à Lariboisière son second accouchement pour lequel on dut employer le chloroforme ; l'enfant vint mort. A la suite de cet accouchement, on constata une hernie ombilicale.

Trois mois après, elle eut des accidents fébriles, pour lesquels elle fut soignée par M. Millard.

Elle resta deux ans sans travailler. Depuis elle a toujours des règles douloureuses ; en 1885, elle eut des hémorrhagies en dehors de ses époques.

Elle fut soignée à différentes reprises pour un fibrome.

En février 1886, elle entre à Laënnec chez M. Ferraud toujours pour ses hémorrhagies.

M. Nicaise la voit et propose une opération qui est refusée.

Elle rentre à l'hôpital le 6 avril se plaignant beaucoup de douleurs causées par sa hernie : elle ne veut se laisser opérer de sa hernie par M. Routier, suppléant de M. Nicaise, qu'à la condition qu'il la débarrassera de ses fibromes. Sur son refus elle s'en va, et entre à Beaujon où M. Schwartz remplaçait M. X... M. Schwartz refuse également de l'opérer.

Le 2 décembre. — Elle entre à Laënnec disant que ses douleurs sont trop vives et qu'elle consent à l'opération.

La cure radicale est pratiquée le 8 décembre par M. Routier assisté de M. Schwartz. On incise la peau, et on ouvre le sac ; on trouve une épiplocèle adhérente au collet ; l'épiploon est lié au catgut et réséqué ; mais le pédicule est adhérent à l'anneau ombilical, dans l'intérieur de l'abdomen ; M. Routier voulait faire la laparotomie ; mais M. Schwartz l'en dissuade. Le sac est lié et réséqué ; puis l'on place sur l'anneau ombilical quatre points de suture, et des points de suture superficiels sur la peau. Pansement de Lister, ouate, bande de flanelle.

13. — Le malade va très bien. On enlève les fils superficiels et les deux fils profonds des extrémités.

20. — Suppression des derniers fils profonds. Cicatrisation parfaite.

23. — La malade s'est levée et a senti des démangeaisons à l'ombilic. Le pansement est taché de pus ; il semble que la suppuration ait envahi l'ancien sac herniaire.

24. — La suppuration est tarie, on touche le foyer avec l'eau phéniquée forte. Mèche de gaze phéniquée.

9 janvier 1887. — La malade sort guérie, avec une ceinture à large pelote. Elle est revue le 4 avril ; un fil à ligature est retiré par la cicatrice. Pas de récidive.

OBSERVATION XIX

(Thèse Barrier. Obs. III).

Hernie ombilicale. Cure radicale. Guérison.

Eugénie R..., repasseuse, 37 ans. Salle Chassaignac, n. 4, Laënnec.

La malade est venue au monde à 7 mois.

Elle a toujours eu le nombril assez gros et douloureux, mais n'a jamais porté de bandages.

Il y a 4 ans, après avoir porté de lourds fardeaux, elle s'aperçut que la tumeur ombilicale grossissait. Peu à peu elle acquit le volume d'un œuf.

En avril 1888, la peau a commencé à rougir et à s'excorier. Les douleurs augmentent et amènent la malade à la consultation du bureau central.

On constate une épiplocèle en brioche incomplètement réductible. On propose l'opération qui est acceptée, la malade entre à Laënnec le 24 mai 1888.

Le 1^{er} juin. — La malade est endormie. On fait une incision qui ouvre du même coup la peau et le sac confondus ensemble, et l'on tombe sur de l'épiploon adhérent.

Les adhérences rompues avec le doigt, on amène au dehors une partie de l'épiploon non hernié, et l'on jette sur le pédicule une ligature au catgut. Cette première ligature ayant des tendances à se relâcher on en fait une seconde, puis on résèque l'épiploon. On tombe alors sur l'anneau ombilical *qui est avivé*. Puis on fait un seul plan de suture au crin de Florence comprenant toute l'épaisseur de la paroi.

Dans la plaie, on dispose un fil de catgut pour faire le drainage. Pansement iodoformé.

5 juin. — La malade va à merveille. Purgation.

9. — On enlève les crins ; réunion complète de la plaie, sauf en un point où il y a entropion de la cicatrice, mais pas de pus.

12. — La malade est purgée.

15. — Elle se lève, marche dans la salle, et sort guérie le 27 juin.

OBSERVATION XX

(Thèse Barrier. Obs. IV).

Epiplôcèle ombilicale — Cure radicale. — Guérison.

Joséphine C..., cuisinière, 43 ans.

Salle Chassaignac, n° 15, Laënnec.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a une sœur qui est atteinte d'une hernie ombilicale.

La malade s'est toujours bien portée ; elle a eu quatre enfants pesant soi-disant 14 livres à leur naissance, les couches ont été normales.

Depuis un an elle éprouve quelques douleurs au niveau de l'ombilic. Il y a trois mois, après un effort, elle sentit une douleur plus vive, et constata une petite tumeur au nombril.

Depuis, elle éprouve par moments des douleurs légères, mais qui finissent par l'inquiéter. Elle entre à Laënnec le 8 juillet 1888. Au niveau de l'ombilic, on sent une petite tumeur de la grosseur d'une châtaigne, molle, se réduisant facilement quand la malade est couchée, peu ou point douloureuse, mais qui offre de petites écorchures à la face inférieure.

Réduction facile avec le doigt ; après la réduction, on pénètre dans l'anneau ombilical, qui est large et permet l'introduction de deux doigts ; ses bords sont nettement tranchants. En bas,

on sent rouler un petit bourrelet adhérent au bord inférieur, sans doute une adhérence épiploïque. L'opération est acceptée.

Le 16 juillet. — Anesthésie et incision de la tumeur. Une fois le sac ouvert, on constate qu'il emploie déjà dans des loges particulières des lobules de l'épiploon. Les adhérences sont rompues, l'épiploon lié au catgut et réséqué.

Le sac est disséqué et séparé des parties voisines, puis lié à son collet par un fil de catgut et réséqué. Enfin on pratique la suture en masse des parois avec trois crins de Florence. Drain. Pansement iodoformé.

18. — Suppression du drain. Etat satisfaisant.

21. — Suppression des crins.

31. — La malade est complètement guérie.

OBSERVATION XXI

Thèse Barrier, Obs. V.

Epiplocèle ombilicale. Cure radicale. Guérison.

Veuve C..., cuisinière, 49 ans, salle Chassaignac, n. 2, Laënnec.

Cette femme a subi à Laënnec au mois d'août dernier l'amputation du sein gauche et le curage de l'aisselle pour un cancer kystique.

En 1878, la malade a eu une fièvre typhoïde à la suite de laquelle elle s'aperçut de l'existence d'une hernie ombilicale.

Cette hernie en brioche se compose d'une masse d'épiploon, irréductible, grosse comme le poing.

La cicatrice ombilicale est distendue par la tumeur et la peau menace de s'ulcérer sur plusieurs points; la hernie est très douloureuse au toucher. La malade en souffre souvent, et vu l'ir-

réductibilité et l'état de la peau il n'y a pas à songer à faire porter un bandage.

Le 22 septembre. — On pratique la cure radicale. Ouverture du sac qui est cloisonné, à plusieurs loges emprisonnant des lobules d'épiploon.

Libération des adhérences ; ligature en chaîne à la base du pédicule épiploïque avec quatre fils de catgut, réduction du pédicule après constatation d'hémostase. Réduction du pédicule du sac lié à sa base par un nœud de Lawson Tait au catgut et réséqué. Sutures en masse au crin de Florence. Drain. Pansement iodoformé.

24 septembre. — Ablation du drain. Etat parfait. Calomel 0,60.

27. — Ablation des crins. Etat parfait.

1 octobre. — La cicatrisation totale ; suppression du pansement.

OBSERVATION XXII

Sydney Jones (*The Lancet*, 8 janv. 1887), traduction personnelle.

Hernie ombilicale. Cure radicale. Ablation de l'épiploon. Ligature du collet du sac.

Résection du sac. Résection d'un lambeau de peau exubérante. Guérison.

Femme obèse, 35 ans. A eu deux enfants. La hernie ombilicale est apparue il y a 5 ans. Depuis dix mois, elle eut plusieurs troubles fonctionnels dus à la hernie.

Le 1^{er} décembre 1886, elle a des vomissements répétés, des douleurs abdominales à la suite desquelles se produit un accroissement notable de la hernie. Les vomissements et les douleurs ombilicales et épigastriques persistent.

Opérée le 3 décembre à 2 h. 30 par M. Sydney Jones. Tumeur

bilobée volumineuse. Circulaire, quatre pouces de diamètre, sessile. Peau mince non décolorée. La tumeur paraît être épiploïque, il est néanmoins difficile de l'affirmer. On ressent de l'impulsion. Une incision médiane met à nu tout l'intérieur du sac. On rencontre une grosse quantité d'épiploon très gras et adhérent depuis longtemps au sac, à laquelle est venue se joindre récemment une autre portion d'épiploon qui est congestionnée.

Pas d'intestin dans le sac. La première portion d'épiploon est réséquée. La deuxième portion est liée au point le plus éloigné avec du catgut et le pédicule rentré dans l'abdomen.

Le sac est ensuite disséqué au loin, le collet lié et le reste réséqué. Les piliers de l'anneau sont amenés au contact et liés avec 3 fils de catgut séparés. L'excès de peau est enlevé et les bords de la plaie tégumentaire sont amenés au contact par des fils de soie et de catgut. Drainage. Pansement iodoformé et salicylé. Les symptômes fonctionnels disparurent complètement à la suite de l'opération. Il faut résolument dans des cas semblables, ajoute Saint-Jones, pénétrer dans le sac sous les précautions antiseptiques, diviser la portion rétrécie du sac, et réduire l'intestin s'il y a lieu, réséquer l'épiploon, lier son collet, rentrer le pédicule dans l'abdomen.

Disséquer alors le sac et le réséquer après ligature. De cette façon, l'introduction de produits inflammatoires dans le péritoine est prévenue. Pour compléter l'opération, il faut rapprocher les bords de l'anneau ombilical avec du catgut, réséquer la peau exubérante et rapprocher les bords de la plaie des téguments avec des fils de soie et de catgut. Drainage.

La réunion se fera toujours ou presque toujours par première intention.

OBSERVATION XXIII

(Méd. Rec. N. York, 1891, p. 239).

Hernie ombilicale bilobée. Cure radicale. Guérison (traduction personnelle).

Je publie ce cas parce qu'il présente quelques particularités anatomiques rares.

5 mai 1891. M... femme, 38 ans. Pesant 200 livres.

Anxiété. Nausées. Coliques ombilicales.

Temp. : 99° F. 108 pulsations.

Tumeur du volume d'une orange au niveau de l'ombilic. Début il y a 6 ans. La tumeur augmente par moments en donnant naissance à des douleurs de courte durée et se réduit par le décubitus dorsal avec production de bruits intestinaux ne parvenant pas à réduire la hernie et pensant que le contenu était surtout de l'épiploon, je prescrivis des fomentations chaudes sur la hernie, jusqu'au lendemain matin.

Opération. — Je proposai l'opération qui fut acceptée. Incision longitudinale et médiane sur la tumeur sur une étendue de trois drachmes. La peau incisée, il s'écoule une petite quantité d'un liquide aqueux.

On tombe sur le tissu cellulaire sous-cutané auquel est intimement adhérente par quelques brides fibro-vasculaires une masse épiploïque volumineuse. Une partie de cette masse épiploïque était noirâtre et presque aussi dure que de la pierre.

Les adhérences furent rompues avec les doigts et le manche du bistouri et je recherchai le collet de la hernie.

L'orifice ombilical était large et circulaire et ne paraissait pas étrangler la tumeur. Malgré cela, il me fut impossible de réduire aucune portion de l'épiploon hernié. La cause de l'irréducti-

bilité fut trouvée être une bandelette fibreuse longitudinale sur les côtés et au-devant de laquelle l'épiploon était adhérent. Cette bandelette donnait à la hernie sa forme bilobée. Je divisai l'épiploon sur la ligne médiane et la séparai de la bandelette constrictive. Je liai et excisai séparément chacune de ces deux portions, et réintégrai les deux pédicules dans l'abdomen, suture des bords de l'anneau ombilical avec deux points de suture au fil de soie.

La plaie sus-aponévrotique fut fermée avec sept sutures profondes et cinq superficielles. Toutes les sutures et ligatures furent faites avec la soie phéniquée.

34 heures après l'opération, température : 102° F.

120 pulsations 3 jours après l'opération, température et pouls normaux à la suite de quatre doses de sulfate de magnésie. Six jours après on refait le pansement et on enlève les fils de suture.

Réunion par première intention.

Au point de vue anatomique cette hernie est doublement intéressante :

- 1° Par l'absence de sac péritonéal ;
- 2° Par la présence d'une bandelette fibreuse divisant l'épiploon hernié en deux portions et étranglant la portion la plus superficielle.

OBSERVATION XXIV

Cure radicale d'une épiplocèle para-ombilicale irréductible. Guérison.
(In th. Bonnet. Paris, 1887).

B... François, tailleur de pierre, 52 ans, tumeur de la région ombilicale, depuis deux ans.

Tumeur ovoïde à grand axe horizontal irréductible. La peau sus-jacente est normale et glisse facilement. Mais la tumeur est immobilisée par des adhérences aux parties profondes de la paroi abdominale antérieure.

Elle siège à droite un peu au-dessus de l'ombilic vers le bord du muscle droit mate, à la percussion. Sensation lipomateuse.

Troubles gastro-intestinaux.

Séjour continu au lit, bains quotidiens, nourriture animale, verre de Sedlitz tous les matins, trois tentatives successives de taxis sans résultat.

On propose au malade une dernière tentative de taxis sous chloroforme, avec la permission, si on ne réussit pas, de l'opérer. Il y consent.

Opération. — Le 27 juillet 1886, taxis sans résultat après chloroformisation. Opération.

Incision de la peau perpendiculaire au grand axe de la tumeur afin d'avoir le parallélisme avec la ligne blanche et la direction des fibres du grand droit. Ouverture du sac. On découvre un paquet d'épiploon, adhérent partout, avec des trachées que l'on détruit à coups de ciseaux.

Destruction des adhérences qui unissent le pédicule à l'anneau fibreux, l'épiploon est attiré au dehors ; le pédicule est lié à l'aide de deux fils de soie croisés en X. Résection puis réduction du moignon.

L'orifice fibreux ovalaire à grand axe vertical permet l'introduction de la phalangette de l'index.

Cet orifice fut fermé par 3 points de suture avec soie phéniquée en adossant bien le péritoine à lui-même.

Résection du sac, sutures superficielles au crin de Florence. Drain à la partie déclive. Gaze iodoformée. Couche d'ouate. Ceinture de flanelle exerçant une légère compression, 2 jours après le 28 le drain est enlevé, le pansement renouvelé.

5 jours après le 2 août. Réunion complète par première intention.

Le malade sort le 12.

Revu le 30 octobre. Le malade est très satisfait du résultat opératoire et n'a plus ressenti aucune des incommodités que lui occasionnait sa hernie. Il est, dit-il, comme avant l'accident qui a déterminé sa hernie. La cicatrice tient bien.

Revu le 7 mai 1888. Vingt-deux mois après son opération. Il n'a jamais porté de bandage. Cicatrice non douloureuse. Pas d'impulsion à la toux. Pas de troubles digestifs. En un mot, guérison radicale.

OBSERVATION XXV

Opération de cure radicale pour une hernie paro-ombilicale. Guérison.

Par M. Terrillon (*Gaz. des Hôp.*, n. 48, 24 avril 1888).

Marie-Louise V..., 26 ans, couturière, entre le 17 novembre 1887 à la Salpêtrière.

Pas d'antécédents héréditaires, deux accouchements, le dernier il y a 18 mois.

Début il y a 3 mois. Petite tumeur sus-ombilicale accompagnée de vomissements, de douleurs épigastriques, surtout après les efforts et les repas. A son entrée on constate au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'une noix, arrondie, mollasse, donnant exactement la sensation du lipôme ne grossissant pas sous l'influence des efforts de toux ; elle n'est pas réductible.

Légèrement douloureuse à la pression.

Parois abdominales non surchargées de graisse. Les muscles droits dans les régions sus et sous-ombilicales sont anormale-

ment écartés l'un de l'autre par suite du relâchement de la ligne blanche.

Malgré la ceinture qui a supprimé les phénomènes douloureux, la malade réclame une opération et par crainte de voir sa tumeur augmenter sans cesse.

22 novembre. — Opération par M. Terrillon. Incision verticale mise à nu du sac. Dissection du sac jusqu'au niveau du point où il se continue avec le péritoine abdominal. Dissection poussée aussi loin que possible de manière à libérer le sac du pourtour de l'anneau et de manière à pouvoir attirer le péritoine pariéto-abdominal de quelques millimètres en exerçant des tractions sur le sac. Ouverture du sac au niveau de sa partie saillante. On y trouve un morceau d'épiploon de la grosseur du pouce, légèrement renflé. Non adhérent à la paroi du sac qui contenait quelques grammes de liquide. Refoulement intra-abdominal de ce pouce d'épiploon, ligature du pédicule du sac par deux catguts assez forts entrecroisés. Excision du sac. Réduction du pédicule du sac.

Enfin un troisième catgut est disposé de la façon suivante : traversant le bord droit de l'anneau, il transfixe le pédicule formé par les ligatures précédentes et traverse ensuite le bord gauche de l'anneau. Ce catgut est noué en avant du moignon, il sert à rapprocher les bords de l'orifice et à renforcer les ligatures précédentes. Sutures superficielles.

Drainage.

Le 25 novembre. — Suppression du drain.

Le 29. — Ablation des fils de suture.

Le 3 décembre. — Cicatrisation complète.

Le 8. — Exéat. Ceinture abdominale. Malade revue le 15 janvier 1888. Pas de douleurs au niveau de la cicatrice qui est solide. Pas de tendance à la récurrence.

OBSERVATION XXVI

Hernie ombilicale. Cure radicale, par Socin de Bâle (in thèse de Mestral. Lausanne, 1891).

Femme de 40 ans, hernie ombilicale en partie réductible (intestin), en partie irréductible (épiploon) ulcération de la peau, inflammation des téguments.

Opération. — Le sac renferme le côlon transverse et la presque totalité de l'épiploon adhérent, 1250 grammes d'épiploon sont réséqués préalablement, 16 ligatures de soie ont servi à pédiculiser cet énorme lambeau.

Extirpation complète du sac et de ses enveloppes, y compris la peau. Trois rangs de suture : suture du péritoine, suture de l'anneau, suture capitonnée de la peau qui se trouvait encore en excédant. Guérison en partie par première, en partie par seconde intention. Le 1^{er} mars, un mois après l'opération, la malade est en pleine convalescence.

OBSERVATION XXVII (in thèse de Gaston).

Hernie ombilicale adhérente. Opération. Guérison par M. le Dr Poisson.

X..., 70 ans, grosse hernie ombilicale irréductible. Un peu plus grosse qu'un œuf.

Jamais de bandage. Alcoolique.

Production subite de symptôme d'obstruction intestinale. Opération immédiate.

Entéro-épiplocèle adhérente.

Libération relativement facile de l'anse intestinale. Suture du sac. Trois plans de suture superposés.

Le soir de l'intervention le malade fut pris d'un hoquet qui dura trois jours et qui finit par disparaître.

Guérison rapide.

OBSERVATION XXVIII (in thèse de Gaston).

Hernie ombilicale irréductible, de moyen volume. Opération. Guérison
par M. le Dr Poisson.

Femme X..., 42 ans, obèse, a de l'entéropiose.

Hernie ombilicale depuis 14 ans. Suite de couche.

Il y a deux ans accidents graves, vomissements, douleurs, etc.

Opération pratiquée il y a 18 mois.

Le sac ne contenait que de l'épiploon adhérent qui fut réséqué.
Suture du sac. Trois plans de suture superposées. Guérison
rapide.

OBSERVATION XXIX (in thèse de Gaston).

Hernie ombilicale adhérente. Gros volume. Opération
par M. de Larabrie. Guérison.

Femme M... atteinte de hernie ombilicale grosse comme une
tête d'adulte.

Début il y a 15 ans. Depuis six mois augmentation rapide de
volume. Irréductible. La peau qui recouvre la hernie est très
amincie. Pas de phénomènes généraux. La malade n'est gênée
que par le volume de la tumeur.

Opération en février 1892.

Incision de la peau, ouverture du sac.

Décollement et excision de l'épiploon ; il fallut en laisser des parties adhérentes au sac.

Rentrée difficile de l'intestin. Un débridement de l'orifice qui était large comme une pièce de 5 francs, fut nécessaire pour permettre la réintégration du gros intestin dans l'abdomen.

OBSERVATION XXX (in thèse de Gaston).

Hernie ombilicale volumineuse et adhérente. Accidents répétés ; cure radicale ; guérison par le D^r A. Malherbe, de Nantes.

M^{me} H..., 55 ans, atteinte d'une hernie ombilicale irréductible depuis peu à la suite de plusieurs menaces d'étranglement très obèse.

Opération le 25 septembre 1891.

Incision médiane de 8 centimètres. Ouverture du sac. Antéro-épiplocèle adhérente. Dissection pénible. Ligature de l'épiploon en 6 chefs. Réduction. Libération du sac laborieuse, suture du sac en bourse. Sutures.

Le 27 octobre, la malade est complètement rétablie de quelques accidents de cause inconnue survenue pendant la convalescence.

OBSERVATION XXXI (in thèse de Gaston).

Hernie ombilicale irréductible, volume moyen. Opération. Omphalectomie. Guérison par M. de Larabrie, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

M^{me} S..., 42 ans. Obèse, 5 enfants, présente une hernie ombilicale depuis 2 ans. Irréductible depuis un an. Pas d'accidents

herniaires sérieux. Douleurs. Ne peut supporter le bandage. Forme allongée de haut en bas, 8 centimètres. Consistance empâtée et mollassée.

Opération le 12 mai 1892.

Épiploon adhérent au sac et à l'intestin grêle.

Réduction d'une anse intestinale sans débridement. Libération de l'épiploon encore adhérent au niveau de l'orifice.

Ligature du pédicule épiploïque, section et rentrée de ce dernier dans l'abdomen.

Omphalectomie. Suture à trois étages.

La malade était guérie au bout de dix jours.

OBSERVATION XXXII (in thèse de Gaston).

Hernie ombilicale volumineuse, irréductible. Opération. Omphalectomie. Guérison par M. de Larabrie.

X..., religieuse, 54 ans, grosse hernie ombilicale depuis cinq ans. Obèse. Jamais d'accidents sérieux. Douleurs fréquentes du côté de la hernie. Aucune amélioration par les bandages. Irréductible depuis 3 ans.

Augmente peu à peu de volume et devient très volumineuse (gros poing d'adulte).

Peau érythémateuse et excoriations.

Opération le 21 juin 1891.

Le sac est incisé. On tombe sur une grosse masse épiploïque très grasse. Quelques adhérences anciennes. Pas d'intestin. Ligature du pédicule épiploïque. Débridement de haut de l'orifice ombilical.

Excision du sac au niveau de l'anneau.

Excision de l'anneau. Suture à trois étages.

Résection d'une certaine quantité de peau.

Le quatrième jour formation d'un petit abcès à la partie inférieure de la plaie qui retarde de quelques jours la cicatrisation des parties superficielles.

Au bout d'un mois, la malade sort complètement rétablie.

OBSERVATION XXXIII (In thèse de Gaston).

Hernie ombilicale adhérente. Moyen volume, formation ancienne. Accidents antérieurs. Omphalectomie. Guérison par M. Larabrie.

Mme M. ., 63 ans. État général bon.

Léger degré d'embonpoint.

Hernie ombilicale remontant à 20 ans, irréductible depuis 10 ans. Jamais de bandage. A plusieurs reprises, accidents herniaires (douleurs, nausées, vomissements) à la suite desquels la tumeur augmente de volume.

Le 5 mai 1890 des accidents plus sérieux éclatent, opération le jour même. La tumeur présente le volume d'un œuf de poule. Consistance hâteuse. Peau saine à ce niveau.

Incision de la peau. Entéro-épiplocèle.

Ligature de l'épiploon. Incision de l'orifice ombilical. Suture à deux étages.

Fils enlevés au bout de 10 jours et la malade rapidement rétablie.

OBSERVATION XXXIV

Cure radicale (omphalectomie) opérée par M. Chandelux (de Lyon).

Malade de 38 ans, obèse, ayant eu 7 enfants. La tumeur ombilicale est survenue brusquement il y a plusieurs années à la suite d'un effort. Au début, elle pouvait être maintenue par un ban-

dage. Mais, plus tard, toute contention devint impossible et la malade était sujette à des phénomènes d'étranglement à répétition qui l'obligeaient à garder le lit d'une manière permanente.

Opération le 4 avril 1891. Incision verticale de 15 centimètres. Libération de la masse épiploïque qui a le volume du poing. Puis excision après ligatures multiples de son pédicule. Ces ligatures sont placées tout au voisinage du côlon transverse qui se trouvait immédiatement derrière l'orifice herniaire et devait, par conséquent, s'y engager très souvent, produisant ainsi les phénomènes d'étranglement à répétition. Réduction de l'épiploon, excision de l'anneau ombilical, puis suture en surjet de l'aponévrose à l'aide du catgut chronique. Même suture de la paroi. Donc deux plans seulement. Comme suites opératoires, la température s'est élevée jusqu'à 39° et la malade a eu beaucoup d'agitation, des vomissements et des phénomènes d'angoisse. Un abcès sous-cutané s'est ouvert au niveau de la suture cutanée. Vers le 10 mai, nouvel abcès au même point. Le 15 juin 1891, guérison très complète et état des plus satisfaisants.

OBSERVATION XXXV

Hernie ombilicale. Kyste ovarique. Omphalectomie pratiquée par
M. Gouilloud (de Lyon).

D. E., 44 ans, religieuse, malade robuste, un peu obèse, ayant séjourné autrefois en Afrique où elle a eu des fièvres. Hernie ombilicale facilement réductible depuis environ 4 ou 5 ans. Depuis 2 ans, augmentation du volume du ventre. Dysurie, envies fréquentes d'uriner, troubles digestifs. La palpation, diffi-

cile à cause de l'épaisseur de la paroi, permet cependant de constater une poche fluctuante, remontant à peu près jusqu'à l'ombilic. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Ovariectomie le 6 juillet 1892. Incision sur la ligne médiane, remontant assez haut pour circonscrire l'ombilic, dont on enlève l'anneau et permettant de faire une cure radicale.

Légère quantité d'ascite.

Ponction du kyste avec le gros trocart. Écoulement d'un liquide noir, marc de café. La poche vidée est attirée facilement. Elle ne présente pas d'adhérences. Pédicule court. On est obligé de décortiquer la partie inférieure de la poche pour former un pédicule. Suture superficielle du pédicule avec double ligature à la base.

Réunion de la paroi par suture isolée des diverses couches. L'orifice herniaire ombilical est fermé par la suture à trois étages, car on s'était porté en dehors de l'anneau ombilical dans le but de trouver nettement pour les sutures, les deux droits et leurs gaines.

Les suites opératoires ont été plus simples et la contension de la hernie ombilicale paraît parfaite.

CONCLUSIONS

1° En principe, toute hernie ombilicale est justiciable de la cure radicale. La débilité sénile et les cachexies sont les seules contre-indications de l'opération.

2° La méthode qui nous paraît devoir être adoptée à l'exclusion de tout autre procédé consiste en incision cutanée; ouverture du sac; résection après ligature de l'épiploon adhérent ou non adhérent; excision du sac et fermeture de la paroi par trois plans de sutures superposés comprenant; a) Suture du péritoine; b) Suture du plan musculo-aponévrotique; c) Suture de la peau.

3° L'application la plus rigoureuse de la méthode antiseptique avant, pendant et après l'opération s'impose de la façon la plus absolue.

4° Le pronostic de l'intervention est essentiellement bénin puisque le taux de la mortalité basé sur une statistique de 65 cas ne dépasse pas 1,5 pour 100.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANGER (Benjamin). — Hernie ombilicale opérée avec succès
(Courr. méd. Paris, 1875, XXV-262).
- BARRIER (Paul). — De la cure radicale des hernies ombilicales.
Th. Paris, 1888.
- BARKER. — Two operations for the radical cure of umbilical
hernia (Brit. Med. T. Lond., 1885, ü-1101).
- BAZY. — Cure radicale des hernies. Pr. méd., 25-27 janv. 1887.
- BÉRARD. — Dict. en 21 vol. Art. omb.
Id. Dict. en 30 vol. Art. omb.
- BERGER. — Traité de Chirurgie, 1892. Art. hernies omb.
Id. Valvule de l'int. grêle dans une h. omb. (Fr. méd.
1891, XXX-VIII, 179-181).
- Id. Bull. et. mém. Soc. de Chir. Paris, 1886 n. s. XXII
(219-224).
- Id. Revue des Sciences médicales, 15 oct. 1888, et les
art. suivants dans la Revue des Sc. méd.
XV. 204,
XVII. 648.
XIX. 650-656.
XXII. 693.
XXIII. 319-337.
XX. I. 247-635.
XXVII. 695.
XXIX. 258.
- BOEKEL. — Soc. m. de Str. (1879-80) XVII, 125-128.
- BONNET. — (S.). Cure rad. des h. épigastriques. Th. Paris, 1888.
- BOURSIER ET NICAISE. — Art. Omb. Dict. encycl. des Sc. méd.

- BRIDDON. — Strang. Umb. h. opération for relief of strang. and. rad. cure. death. (N. York M. J. 1889 X l. IX. 691).
- BRINGTON. — A case of Strang. Omb. h. with. Complication. Opération. Recovery. Brit. M. J, mai 7-1892.
- BURTON. — Umb. hernia. Med. Press. et Circ. Lond. 1885 n. S. XXXIX, 302.
- CARPENTIER. — H. omb. gangrenée: Absès stercoral anus c. n. guérison spontanée. Bull. Méd. du Nord. Lille, 1889, XXVIII 155-159.
- CHAPMAN. — Umb. h. in Children Alabama M. J. S. Age. Annist-ton, 1890-1 ü 59-60.
- CELSE. — Livre III. Chap. 14.
- CHATARD. — Cure radicale des hernies par les méthodes directes, 1885.
- CHAUVEL — Mém. Soc. de ch., Paris, 1881, p. 844, 851.
- CHIPAULT. — Mém. Soc. de Ch., Paris, 134-136.
- GLOQUET. — Thèse de Doctorat, Paris, 1817.
- CONDAMIN. — De l'omphalectomie. Archives prov. de chir., 1^{er} septembre 1892. 2^e et 3^e *Congrès français de Chirurgie*. Communications de Terrier, Routier, Socin; Segond. Trélat, Léonte, Thiriar, etc.
- COUDRAY. — Hernie ombilicale épiploïque réductible de l'adulte, Prog. méd. 1883, XI, 994.
- CZERNY. — Wien. Med. Wort. 1877.
- DEBASTAILLE. — Mém. Soc. de méd., Strasbourg, 1883, XIX, p. 59, 63.
- DEBOUT. — Consid. prat. sur les hernies ombilicales et leur traitement. Bull. thér. 1861.
- DEMARQUAY. — Union méd., Paris, 1866, 2^e s., XXIX, 517-522.
Id. Un. méd., 1867, 3^e s., 569, 574.
Id. Bull. gén. thér., 1874, LXXX, 337.
- DESAULT. — OEuvres chirurgicales, 1881. T. II, p. 315.

- DUDON. — De la kélotomie ombilicale. Mém. et Bull. Soc. méd. et chir. Bordeaux, 1890-1891, 481-486.
- DUPLAY. — Des h. omb. Th. agrég., 1866.
- FOLKER. — Straug. umb. h. removal of six inches of small int. recovery. Brit. M. T. London, 1885, 2-293.
- GILLION. — Un nouveau procédé de hernie-laparotomie. Clinique Bruxelles, 1891, v. 758-760.
- GILL WYLIE. — Ventral hernia caused by laparotomie. Amer. J. of Obstetrics, 1887.
- GIRODOLLE. — Th. de Paris, 1869.
- GOYRAND D'AIX. — Bull. et Mém. Soc. de Ch., Paris, 1861-1862, 2^e s., II, 337-368.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, 1865.
— Sur les particularités des h. omb. Fr. méd. Paris, 1876, XXI, 349-373.
- GOULLIoud. — De l'éventration opératoire. Prophylaxie et cure radicale. Lyon médical, 1892.
- HALLER. — Opera minora, t. III, p. 316.
- HUMMELSCHEIM. — Ueber umbilicalis Bonn, 1890, 30 p. 8^o C. Georgi.
- JACKSON. — Umb. h. successful operation med. Press et Circ. Lond. 87 n. s. X, l. IV, 571.
- KEETLEY. — The management and treatment of. umb. h. Ann. Surg. Saint-Louis 87 VI, 193-200.
- KIRMISSON. — Soc. Anat., 1873.
- KOEBERLÉ. — Mem. Soc. med. de Strasb., 1881-1882, XIX, 2-14.
- LAFFON. — Thèse Paris, 1869.
- LAWSON-TAIT. — Britis. M. J. Lond. 83, II, 1118, a new radical cure of hernia.
Id. — Brit. M. J. Lond. 91 p. 1245.
Id. — Radical operation of umb. hernia. Brit. M. J. Lond 1891, p. 1050.

- LE DENTU ET MARDUEL. — Art. omb. Dict. med. et chir. prat.
- LEE. — Radical cure of umb. hernia Brit. Med. J. Lond. 1863, II, 543.
- LEPAGE. — Résultats éloignés de la cure radicale des h. épig. Th. Paris, 1888.
- LEIS. — A malignant tumor in an omb. hernial sac with remarks on the etiology of cancer.
- LOUPIE. — Th. Paris, 1880.
- LUCAS. — Two cases of strang. umb. h. treated by excision of the sac and skin covering with suture of the ring after reduction med. Times and Gaz. Lond. of, ü 547.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — J. med. et chir. prat., 1875.
Cure radicale des hernies, 1892.
- MC LEOD. — Operation for the radical cure of h. omb. Ind. med. Gaz. Calcutta 1887, XXII, 235.
- MÉRY. — Mém. ac. des Sc., 1716, p. 126.
- MESTRAL (de Bâle). — De l'opération radicale de la hernie omb. Lausanne, 1891.
- MICHIE. — A case of radical cure for umbilical hernia. Lancet, 1887 ü 169.
- MORGAGNI. — 43^e lettre.
- NÉLATON. — Eléments de path. chir., 1857, T. IV.
- NICAISE. — Bull. et mém. Soc. de ch. Paris, 1877, 1883-86.
- PAGENSTECHER. — Bull. gén. de théor. Paris, 1883, c. v. 18.
- PARÉ (Ambroise). — OEuvres complètes, T. I, p. 403.
- PARK. — Strang. umb. h. with localized gang. recovery, N. Y. M. J., 1889, i-603.
- PILKINGTON. — A case of spontaneous laceration of an umb. h. with protusion and strangulation of intestine. Lancet, 1890, ü 1108.
- POULET ET BOUSQUET. — Path. Ext. T. III.
- PÉAN. — Hernies. Lec. cl. chir. 1890, 601-602.

- PERRIN. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris 1862, 2^e série, p. 725.
- PEYROT. — Elém. de Path. Ext. T. III.
- PICQUÉ. — Note sur un cas de volum. h. omb. étr. Cure rad. Guérison. Gaz. med. Paris 1887, 7^e s. ii 457-461.
- POSSEMÉ. — Th. Paris, 1881.
- RECLUS. — La Kélotomie dans les h. omb. étr. Clin. et Crit. Chir. P. 84.
- RECLUS et FORGUES. — Th. Chir. 1892.
- RENAUDIN. — Omb. Union med. et sc. du N. Est. Reims 1884, VIII, 8-11.
- REVERDIN de GENÈVE. — Revue de la Suisse Romande, 1881.
- RICHET. — Rev. de cl. et de therap. 12 janv. 1883.
- RICHARD. — Du mode de formation des hernies omb. P. 1876.
- RIESEL. — Deutsche med. Wort. Berlin, 1877.
- ROBERTS (J. B.). — Radical operation for. umb. h. med. News Philad. 1891, LVIII, 246.
- RODZEVITCH. — On the treatment of umb. h. in children. Russk. med. St.-Petersb., 1886, VI, 633.
- ROOCROFT. — The radical cure of umb. hernia. The Lancet, 1884, II, 187.
- ROHMER. — A propos d'une obs. de l'omb. étr. kélotomie suivie de guérison mém. soc. de méd. de Nancy, 1885, 86-96.
- SANGER. — Zur radical opération grosser nicht eigeklemnter nabelbruche in Centralblatt fur gynækologie, 5 juillet 1890
- SCARPA. — Traité des hernies, mém. sur les h. omb. et addition au mémoire.
- SCHEDE. — Centr. f. ch. Leipz., 1877, IV, 689-703.
- SLIGH. — Bilobed Umb. h. operation recovering méd. Rec. N. Y. 91, X, 1. 239.

- SMITH (G.). — The rad. cure of ing. crural and umb, h. Bristol,
M. chir. J. 1890, VIII, 1-17.
- SUZEAU. — Nouv. procédé pour le trait. des hernies abd. étran-
glées. Masson 9028, p. 8.
- SOCIN. — Verhaudl d. deutsch Gesellschaft f. chir., 1879, Berl. 80.
VIII, 259-266.
- SOEMMERING. — Icones herniarum tabl. X, fig. 3.
- SEGOND. — Cure rad. des h., th. ag. 1883.
- TAYLOR. — Large strang. umb. h. opération death. necropsy.
Lancet London, 1887, ü 1165.
- TERRIER. — Bull. et mém. Soc. de ch. Paris, n. s. VII, 17-34.
- TERRILLON. — Gaz. des hôp., 1888, n. 48.
- THIERRY (A). — Cure rad. des h. th. pour le concours de méd.
op., 1841.
- TRÉLAT. — Echo méd., 25 fév. 1888.
- VELPEAU. — Anat. chir.
- VIDAL DE CASSIS. — L'omb. et épip. Th. d'agrég., 1848.
- VILLENEUVE. — Omb. étr. kélotomie. Guérison, mars, méd.,
1890, XXVII, 522-524.

